

200630574

DE LA DEFUNCIÓN
DEL FALLECIDO
DEL REG. CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200630574

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Nombre(s)						
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	
				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
		Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1	
				Otra <input type="radio"/> 2	Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	
		Minutos	Horas	Días	Meses	
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	Para personas de un año o más	
					Años cumplidos	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				
		10.1 Tipo de vialidad				
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		
				10.6 Nombre del asentamiento humano		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		
				10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:				
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12. OCUPACIÓN HABITUAL				
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	Si <input type="radio"/> 1	
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica				
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Nombre de la vialidad				
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		
		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		
				15.9 Municipio o Alcaldía		
				15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?				
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		18.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				
a) Debe a (o como consecuencia de)		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
b) Debe a (o como consecuencia de)		REPT				
c) Debe a (o como consecuencia de)		UCAK				
d) Debe a (o como consecuencia de)						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo						
24. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?				
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?				
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	
42 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión				
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
Accidente <input type="radio"/> 1	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 1	Carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	UOPI		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				
22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad				
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano				
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input type="radio"/> 3	Especifique		Número de la cédula profesional	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8			28. FIRMA	
27. NOMBRE						
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
29. DOMICILIO y TELÉFONO						
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Número _____ Libro Número _____		32.1 Localidad				
31.1 Acta Número _____		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD