

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200630583

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		<i>Mario del Río</i>		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	5. CURP	
Día	Mes	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Nuevo León	Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA	
Sí <input checked="" type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9	Para menores de una hora	Para menores de un día
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		9. ESTADO CONYUGAL	10. RESIDENCIA HABITUAL
En unión libre <input type="radio"/> 4		Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Colo	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Habla <input type="radio"/> 1
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Casado(a) <input type="radio"/> 5
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación Habitual	12.1 Trabajaba	10.6 Nombre del asentamiento humano
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	SI <input type="radio"/> 1	Colo
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	13.1 Número de seguridad social o afiliación	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15.2 Nombre de la vialidad
IMSS <input type="radio"/> 2	SEDENA <input type="radio"/> 5	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Colo
PROSPERA <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	IMSS <input type="radio"/> 3	SEMAR <input type="radio"/> 7	SEDENA <input type="radio"/> 5	Colo
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano
Colo	Colo	Colo	Colo	Colo	Colo
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?
10032020	0510	Colo	Colo	10032020	SI <input type="radio"/> 1
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)	19.1 Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	19.2 Parte II: Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no seleccionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo	19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
a) Debe a (o como consecuencia de)		b) Debe a (o como consecuencia de)		19.5	
c) Debe a (o como consecuencia de)		d) Debe a (o como consecuencia de)		19.6	
Causes antecedentes Estados morbos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				19.7	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parte o puerperio?	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parte o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	21.4	
43 días a 11 meses después del parto o aborto	El parto <input type="radio"/> 2	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.2 Dónde ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.5		
Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)	22.6		
Suicidio <input type="radio"/> 3	Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 pública	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.7		
Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	22.8		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.9 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad
Colo	Colo	Colo	Colo	Colo	Colo
23. NOMBRE	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	24.1
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	26.2
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 6	*Especifique	Número de la cédula profesional	26.3
27. NOMBRE	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA	28.4
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Colo	Colo	Colo	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad
29.6 Nombre del asentamiento humano	Colo	Colo	Colo	29.7 Código Postal	29.8 Localidad
29.9 Municipio o Alcaldía	Colo	Colo	Colo	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1.1	32.2.1	32.3.1	32.4.1	32.4.2
31.1 Acta Núm. _____	32.2.2	32.3.2	32.4.3	32.4.4	32.4.5

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