



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

200631734

20063173
420063173

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) Francisco		Primer Apellido Amaya		Segundo Apellido Frasleza					
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO							
Día 13	Mes 09	Año 1951	Hombre <input checked="" 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					
				Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1				
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora _____ Minutos	Para menores de un día _____ Horas	Para menores de un mes _____ Días	Para menores de un año _____ Meses	Para personas de un año o más _____ Años cumplidos	Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9				
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		Especifique					
				Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5					
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1					
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la 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:		12. OCUPACIÓN HABITUAL					
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	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9				
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					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación				
		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Otra unidad pública <input type="radio"/> 9	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99				
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6									
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				15.1 Tipo de vialidad		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		Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
							Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)										Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)						10 días	
		b)		Debido a (o como consecuencia de)							
		c)		Debido a (o como consecuencia de)							
		d)									
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador	
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	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	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2				
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4											
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿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(la) fallecido(a)					
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6				
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9				Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7				
					Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8				
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio									
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió 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		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		Nombre(s) Juan Arturo		Primer Apellido Guillermo		Segundo Apellido Ruiz		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s) Juan Arturo		Primer Apellido Guillermo		Segundo Apellido Ruiz							
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					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional 8630535						
*Especifique											
27. NOMBRE		Nombre(s) Juan Arturo		Primer Apellido Guillermo		Segundo Apellido Ruiz		28. FIRMA			
Nombre(s) Juan Arturo		Primer Apellido Guillermo		Segundo Apellido Ruiz							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad Centro		29.2 Nombre de la vialidad Calle 100		29.3 Núm. Exterior 100		29.4 Núm. Interior 100		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano Centro		29.7 Código Postal Sin Llave Plata		29.8 Localidad Rio Verde		29.11 Teléfono		29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.9 Municipio o Alcaldía Centro		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____									
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____									
32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____		32.5 Mes _____		32.6 Año _____					
32.4 Día _____		32.5 Mes _____		32.6 Año _____							
32.7 Día _____		32.8 Mes _____		32.9 Año _____							
32.10 Día _____		32.11 Mes _____		32.12 Año _____							
32.13 Día _____		32.14 Mes _____		32.15 Año _____							
32.16 Día _____		32.17 Mes _____		32.18 Año _____							
32.19 Día _____		32.20 Mes _____		32.21 Año _____							
32.22 Día _____		32.23 Mes _____		32.24 Año _____							
32.25 Día _____		32.26 Mes _____		32.27 Año _____							
32.28 Día _____		32.29 Mes _____		32.30 Año _____							
32.31 Día _____		32.32 Mes _____		32.33 Año _____							
32.34 Día _____		32.35 Mes _____		32.36 Año _____							
32.37 Día _____		32.38 Mes _____		32.39 Año _____							
32.40 Día _____		32.41 Mes _____		32.42 Año _____							
32.43 Día _____		32.44 Mes _____		32.45 Año _____							
32.46 Día _____		32.47 Mes _____		32.48 Año _____							
32.49 Día _____		32.50 Mes _____		32.51 Año _____							
32.52 Día _____		32.53 Mes _____		32.54 Año _____							
32.55 Día _____		32.56 Mes _____		32.57 Año _____							
32.58 Día _____		32.59 Mes _____		32.60 Año _____							
32.61 Día _____		32.62 Mes _____		32.63 Año _____							
32.64 Día _____		32.65 Mes _____		32.66 Año _____							
32.67 Día _____		32.68 Mes _____		32.69 Año _____							
32.70 Día _____		32.71 Mes _____		32.72 Año _____							
32.73 Día _____		32.74 Mes _____		32.75 Año _____							
32.76 Día _____		32.77 Mes _____		32.78 Año _____							
32.79 Día _____		32.80 Mes _____		32.81 Año _____							
32.82 Día _____		32.83 Mes _____		32.84 Año _____							
32.85 Día _____		32.86 Mes _____		32.87 Año _____							
32.88 Día _____		32.89 Mes _____		32.90 Año _____							
32.91 Día _____		32.92 Mes _____		32.93 Año _____							
32.94 Día _____		32.95 Mes _____		32.96 Año _____							
32.97 Día _____		32.98 Mes _____		32.99 Año _____							
32.100 Día _____		32.101 Mes _____		32.102 Año _____							
32.103 Día _____		32.104 Mes _____		32.105 Año _____							
32.106 Día _____		32.107 Mes _____		32.108 Año _____							
32.109 Día _____		32.110 Mes _____		32.111 Año _____							
32.112 Día _____		32.113 Mes _____		32.114 Año _____							
32.115 Día _____		32.116 Mes _____		32.117 Año _____							
32.118 Día _____		32.119 Mes _____		32.120 Año _____							
32.121 Día _____		32.122 Mes _____		32.123 Año _____							
32.124 Día _____		32.125 Mes _____		32.126 Año _____							
32.127 Día _____		32.128 Mes _____		32.129 Año _____							
32.130 Día _____		32.131 Mes _____		32.132 Año _____							
32.133 Día _____		32.134 Mes _____		32.135 Año _____							
32.136 Día _____		32.137 Mes _____		32.138 Año _____							
32.139 Día _____		32.140 Mes _____		32.141 Año _____							
32.142 Día _____		32.143 Mes _____		32.144 Año _____							
32.145 Día _____		32.146 Mes _____		32.147 Año _____							
32.148 Día _____		32.149 Mes _____		32.150 Año _____							
32.151 Día _____		32.152 Mes _____		32.153 Año _____</td							

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- **De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.**
- Para el llenado de este Certificado auxíliese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurre al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción** para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificador está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, **ejemplo:** para 5 de marzo de 2016 anote **0 5 0 3 2 0 1 6**. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, **ejemplo:** si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: **9 9 9 9 2 0 1 0**.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
4. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
6. **¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
8. **EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, **ejemplo:** para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos **9 9 9**. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
Para menores de 28 días de nacido: 8.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9. 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
9. **ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
10. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
11. **ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
12. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, **ejemplo:** obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
13. **AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
14. **SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
16. **FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, **ejemplo:** si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote **1 7 0 9**.
18. **SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
19. **CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, **ejemplo:**

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		(Anote una sola causa en cada renglón. Evite serializar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenio, etc.)	
PARTE I	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a)	Peritonitis aguda
Causas antecedentes	Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b)	Debido a (o como consecuencia de) Perforación del dudeno
		c)	Debido a (o como consecuencia de) Úlcera duodenal
		d)	Debido a (o como consecuencia de)
PARTE II		Hipertensión arterial	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
		2 días	
		4 días	
		3 años	
		5 años	

SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3

22. **SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.

22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.

22.3. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.

22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, **ejemplo:** esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".

22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, **ejemplo:** caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.

22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.

- 25-29. **DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. **La firma** del certificador es de carácter obligatorio, sea autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).

30. **FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número. REG: Registro.