



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

FOLIO

200632176

9

DE LOS SOJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	Ficha de Defunción														
	Datos del Fallecido						Datos de la Defunción								
DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Juan José			Chavez			Díaz							
	Nombre(s)				Primer Apellido			Segundo Apellido							
	2. FECHA DE NACIMIENTO	08/10/31/96			3. SEXO			Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			San Luis Potosí			
	Día	Mes	Año										Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
	5. CURP	GADITJ690810HSPHZIN02						Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	7. NACIONALIDAD		
									Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01	Otra <input type="radio"/> 02 →	Se ignora <input type="radio"/> 09	Casado(a) <input type="radio"/> 05		
	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	31/11	Se ignora <input type="radio"/> 09		
		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	Separado(a) <input type="radio"/> 06	Viudo(a) <input type="radio"/> 02	Casado(a) <input type="radio"/> 05				
								En unión libre <input type="radio"/> 04	Divorciado(a) <input type="radio"/> 03	Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01	Se ignora <input type="radio"/> 09				
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)						10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad						
		Calle							Navario						
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano						10.6 Nombre del asentamiento humano							
118		Colonia						Demovana							
10.7 Código Postal	7916501						10.8 Localidad	Ciudad Fernandez							
10.9 Municipio o Alcaldía	San Luis Potosí						10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)								
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 01	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 03	Secundaria <input type="radio"/> 05	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL									
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07	Profesional <input type="radio"/> 08	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 01	Incompleta <input type="radio"/> 02	Ninguna <input type="radio"/> 01	Trabajaba <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 09	Se ignora <input type="radio"/> 99					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 01	ISSSTE <input type="radio"/> 03	SEDENA <input type="radio"/> 05	Seguro Popular <input type="radio"/> 07	Otra <input type="radio"/> 08	13.1 Número de seguridad social o afiliación									
	IMSS <input type="radio"/> 02	PEMEX <input type="radio"/> 04	SEMAR <input type="radio"/> 06	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99										
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01	IMSS <input type="radio"/> 03	PEMEX <input type="radio"/> 05	SEMAR <input type="radio"/> 07	Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12								
	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02	ISSSTE <input type="radio"/> 04	SEDENA <input type="radio"/> 06	Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99								
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad						15.2 Nombre de la vialidad								
	Calle						Avda. Revolución								
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano						15.6 Nombre del asentamiento humano							
104		Colonia						Azucarera, Col. Unión							
15.7 Código Postal	Rivadavia						15.8 Localidad	San Luis Potosí							
15.9 Municipio o Alcaldía	Rivadavia						15.10 Entidad federativa								
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	10/10/41/2020	10:05:06	16.1 Fecha	16.2 Hora	16.3 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 09	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente														
a)	Debido a (o como consecuencia de)														
b)	Debido a (o como consecuencia de)														
c)	Debido a (o como consecuencia de)														
d)															
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Neumonía Adquirida en la Comunidad														
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	Virus de Inmunodeficiencia Humana														
21. 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:	El embarazo <input type="radio"/> 01	El parto <input type="radio"/> 02	El puerperio <input type="radio"/> 03	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE						
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05								Uso exclusivo del personal codificador						
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"/> 01	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 00	Área deportiva <input type="radio"/> 03												
Homicidio <input type="radio"/> 02	Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01	Calle o carretera <input type="radio"/> 04												
Suicidio <input type="radio"/> 03		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05												
Se ignora <input type="radio"/> 09			Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 06												
			Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07												
			Otro <input type="radio"/> 08												
			Se ignora <input type="radio"/> 09												
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 Número 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	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)														
Nombre(s)	Juan José			Chavez			Díaz			Hermana					
Primer Apellido															
Segundo Apellido															
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO														
Médico tratante <input type="radio"/> 01	Médico legista <input type="radio"/> 02	Otro médico <input type="radio"/> 03	Número de la cédula profesional												
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	Autoridad civil* <input type="radio"/> 05	Otro* <input type="radio"/> 08	*Especifique												
27. NOMBRE	28. FIRMA														
Nombre(s)	Luis Manuel			Chavez			Díaz			Hermana					
Primer Apellido															
Segundo Apellido															
29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad														
	29.2 Nombre de la vialidad														
Calle	Gumilla con calle San Vicente SN														
Centro	Rivadavia														
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal														
Rivadavia	29.8 Localidad														
29.9 Municipio o Alcaldía	29.11 Teléfono														
29.10 Entidad federativa															
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	29.12 Día Mes Año														
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 Mes Año _____														
DEL REG. CIVIL															

**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 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, 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, Rancho, 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:

- 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.
- 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".
- ¿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".
- 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 recaudos y para un certificado impreso los últimos 9.
8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- 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)".
- 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.
- 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".
- 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.
- 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.
- 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).
- 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**.
- SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 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 recaudo 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 registrarse 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 señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	
PARTE I	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Peritonitis aguda	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 días
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)	Código CIE
a)		Perforación del dudeno	4 días
b)		Debido a (o como consecuencia de)	
c)		Úlcera duodenal	3 años
d)		Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Hipertensión arterial	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, ser autógrafo 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.