



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

200632506

133
0063250 62

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ballazar Eduardo		Requena		Padron																																					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido																																							
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO																																							
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	O ₉	San Luis Potosí																																				
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)																																					
REPB750806HISPIGDIL017		Si <input type="radio"/>	ignora <input checked="" type="radio"/>	O ₉₉	Si O ₁ No O ₂ Se ignora <input type="radio"/>	O ₉	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	O ₁	Otra <input type="radio"/>	O 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	Para personas de un año o más	O ₁₄₄	Se ignora <input type="radio"/>	Años cumplidos																																		
Para menores de 28 días anote:		Minutos	Horas	Días	Meses																																						
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL																																			
						Separado(a) <input type="radio"/>	O ₆	Viudo(a) <input type="radio"/>	O ₂	Casado(a) <input checked="" type="radio"/>	O ₅																																
						En unión libre <input type="radio"/>	O ₄	Divorciado(a) <input type="radio"/>	O ₃	Soltero(a) <input type="radio"/>	O ₁	Se ignora <input type="radio"/>	O ₉																														
10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Nombre del asentamiento humano		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)																																					
Calle		Avenida Emiliano Zapata		Barrio Tercero		San Luis Potosí																																					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.9 Municipio o Alcaldía																																					
1791660		El Refugio		Cd. Fernandez		10.7 Código Postal																																					
10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		10.11 Ocupación Habitual																																					
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1 Trabajaba																																					
Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	O ₁₂	Primaria <input type="radio"/>	O ₃	Secundaria <input checked="" type="radio"/>	O ₅	Sí <input type="radio"/>	O ₁	No <input type="radio"/>	O ₂	Se ignora <input type="radio"/>	O ₉₉																															
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	O ₇	Posgrado <input type="radio"/>	O ₁₀	Se ignora <input type="radio"/>	O ₉₉	Completa <input checked="" type="radio"/>	O ₁	Incompleta <input type="radio"/>	O ₂																																	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/>		SEDENA <input type="radio"/>		Seguro Popular <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación																															
		IMSS <input type="radio"/>		PEMEX <input type="radio"/>		SEMAR <input type="radio"/>		IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/>																																	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/>		Otro lugar <input type="radio"/>		Hogar <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>																															
Secretaría de Salud <input type="radio"/>		IMSS <input type="radio"/>		PEMEX <input type="radio"/>		SEMAR <input type="radio"/>		Unidad médica privada <input type="radio"/>		Otra unidad pública <input type="radio"/>																																	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/>		SEDENAS <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/>		Hospital General Rio Verde		Centro		San Luis Potosí																															
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior																															
S/N		Calle		Gamu aquina carretera San Ciro		Rio Verde		San Luis Potosí		1791660		Colonia																															
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.11 Entidad federativa		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.12 Entidad federativa		15.13 Entidad federativa																															
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. Sito donde ocurrió la lesión		24.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)																											
10.01072020		17120		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sito donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="radio"/>																									
El embarazo <input type="radio"/>		El parto <input type="radio"/>		El puerperio <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		Accidente <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/>		Area deportiva <input type="radio"/>		(taller, fábrica u obra)																									
Suicidio <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		Homicidio <input type="radio"/>		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>		Calle o carretera <input type="radio"/>		(rancho o parcela)																									
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																			
22.7.11		22.7.12		22.7.13		22.7.14		22.7.15		22.7.16		22.7.17		22.7.18		22.7.19		22.7.20		22.7.21		22.7.22		22.7.23		22.7.24																	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FIRMA		29. DOMICILIO y Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año													
Maria Ines		Requena		Padron		Medico Guardia		3203661		Número de la cédula profesional		Calle Gamu aquina carretera San Ciro		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono									
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		*Especifique		29.12		29.13		29.14		29.15		29.16		29.17		29.18		29.19		29.20		29.21		29.22		29.23		29.24		29.25									
32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año		33.1 Acta Núm.		33.2 Lugar y Fecha de Registro		33.1 Localidad		33.2 Municipio o Alcaldía		33.3 Entidad federativa		33.4 Día		33.5 Mes		33.6 Año		34.1 Acta Núm.		34.2 Lugar y Fecha de Registro		34.1 Localidad		34.2 Municipio o Alcaldía		34.3 Entidad federativa		34.4 Día		34.5 Mes		34.6 Año	
33.1 Acta Núm.		33.2 Lugar y Fecha de Registro		33.3 Entidad federativa		33.4 Día		33.5 Mes		33.6 Año		34.1 Acta Núm.		34.2 Lugar y Fecha de Registro		34.3 Entidad federativa		34.4 Día		34.5 Mes		34.6 Año		35.1 Acta Núm.		35.2 Lugar y Fecha de Registro		35.3 Entidad federativa		35.4 Día		35.5 Mes		35.6 Año									
35.1 Acta Núm.		35.2 Lugar y Fecha de Registro		35.3 Entidad federativa		35.4 Día		35.5 Mes		35.6 Año		36.1 Acta Núm.		36.2 Lugar y Fecha de Registro		36.3 Entidad federativa		36.4 Día		36.5 Mes		36.6 Año		37.1 Acta Núm.		37.2 Lugar y Fecha de Registro		37.3 Entidad federativa		37.4 Día		37.5 Mes		37.6 Año									
36.1 Acta Núm.		36.2 Lugar y Fecha de Registro		36.3 Entidad federativa		36.4 Día		36.5 Mes		36.6 Año		37.1 Acta Núm.		37.2 Lugar y Fecha de Registro		37.3 Entidad federativa		37.4 Día		37.5 Mes		37.6 Año		38.1 Acta Núm.		38.2 Lugar y Fecha de Registro		38.3 Entidad federativa		38.4 Día		38.5 Mes		38.6 Año									
38.1 Acta Núm.		38.2 Lugar y Fecha de Registro		38.3 Entidad federativa		38.4 Día		38.5 Mes		38.6 Año		39.1 Acta Núm.		39.2 Lugar y Fecha de Registro		39.3 Entidad federativa		39.4 Día		39.5 Mes		39.6 Año		40.1 Acta Núm.		40.2 Lugar y Fecha de Registro		40.3 Entidad federativa		40.4 Día		40.5 Mes		40.6 Año									
40.1 Acta Núm.		40.2 Lugar y Fecha de Registro		40.3 Entidad federativa		40.4 Día		40.5 Mes		40.6 Año		41.1 Acta Núm.		41.2 Lugar y Fecha de Registro		41.3 Entidad federativa		41.4 Día		41.5 Mes		41.6 Año		42.1 Acta Núm.		42.2 Lugar y Fecha de Registro		42.3 Entidad federativa		42.4 Día		42.5 Mes		42.6 Año									
41.1 Acta Núm.		41.2 Lugar y Fecha de Registro		41.3 Entidad federativa		41.4 Día		41.5 Mes		41.6 Año		42.1 Acta Núm.		42.2 Lugar y Fecha de Registro		42.3 Entidad federativa		42.4 Día		42.5 Mes		42.6 Año		43.1 Acta Núm.		43.2 Lugar y Fecha de Registro		43.3 Entidad federativa		43.4 Día		43.5 Mes		43.6 Año									
43.1 Acta Núm.		43.2 Lugar y Fecha de Registro		43.3 Entidad federativa		43.4 Día		43.5 Mes		43.6 Año		44.1 Acta Núm.		44.2 Lugar y Fecha de Registro		44.3 Entidad federativa		44.4 Día		44.5 Mes		44.6 Año		45.1 Acta Núm.		45.2 Lugar y Fecha de Registro		45.3 Entidad federativa		45.4 Día		45.5 Mes		45.6 Año									
45.1 Acta Núm.		45.2 Lugar y Fecha de Registro		45.3 Entidad federativa		45.4 Día		45.5 Mes		45.6 Año		46.1 Acta Núm.		46.2 Lugar y Fecha de Registro		46.3 Entidad federativa		46.4 Día		46.5 Mes		46.6 Año		47.1 Acta Núm.		47.2 Lugar y Fecha de Registro		47.3 Entidad federativa		47.4 Día		47.5 Mes		47.6 Año									
47.1 Acta Núm.		47.2 Lugar y Fecha de Registro		47.3 Entidad federativa		47.4 Día		47.5 Mes		47.6 Año		48.1 Acta Núm.		48.2 Lugar y Fecha de Registro		48.3 Entidad federativa		48.4 Día		48.5 Mes		48.6 Año		49.1 Acta Núm.		49.2 Lugar y Fecha de Registro		49.3 Entidad federativa		49.4 Día		49.5 Mes		49.6 Año									
49.1 Acta Núm.		49.2 Lugar y Fecha de Registro		49.3 Entidad federativa		49.4 Día		49.5 Mes		49.6 Año		50.1 Acta Núm.		50.2 Lugar y Fecha de Registro		50.3 Entidad federativa		50.4 Día		50.5 Mes		50.6 Año		51.1 Acta Núm.		51.2 Lugar y Fecha de Registro		51.3 Entidad federativa		51.4 Día		51.5 Mes		51.6 Año									
51.1 Acta Núm.		51.2 Lugar y Fecha de Registro		51.3 Entidad federativa		51.4 Día		51.5 Mes		51.6 Año		52.1 Acta Núm.		52.2 Lugar y Fecha de Registro		52.3 Entidad federativa		52.4 Día		52.5 Mes		52.6 Año		53.1 Acta Núm.		53.2 Lugar y Fecha de Registro		53.3 Entidad federativa		53.4 Día		53.5 Mes		53.6 Año									
53.1 Acta Núm.		53.2 Lugar y Fecha de Registro		53.3 Entidad federativa		53.4 Día		53.5 Mes		53.6 Año		54.1 Acta Núm.		54.2 Lugar y Fecha de Registro		54.3 Entidad federativa		54.4 Día		54.5 Mes		54.6 Año		55.1 Acta Núm.		55.2 Lugar y Fecha de Registro		55.3 Entidad federativa		55.4 Día		55.5 Mes		55.6 Año									
55.1 Acta Núm.		55.2 Lugar y Fecha de Registro		55.3 Entidad federativa		55.4 Día		55.5 Mes		55.6 Año		56.1 Acta Núm.		56.2 Lugar y Fecha de Registro		56.3 Entidad federativa		56.4 Día		56.5 Mes		56.6 Año		57.1 Acta Núm.		57.2 Lugar y Fecha de Registro		57.3 Entidad federativa		57.4 Día		57.5 Mes		57.6 Año									
57.1 Acta Núm.		57.2 Lugar y Fecha de Registro		57.3 Entidad federativa		57.4 Día		57.5 Mes		57.6 Año		58.1 Acta Núm.		58.2 Lugar y Fecha de Registro		58.3 Entidad federativa		58.4 Día		58.5 Mes		58.6 Año		59.1 Acta Núm.		59.2 Lugar y Fecha de Registro		59.3 Entidad federativa		59.4 Día		59.5 Mes		59.6 Año									
59.1 Acta Núm.		59.2 Lugar y Fecha de Registro		59.3 Entidad federativa		59.4 Día		59.5 Mes		59.6 Año		60.1 Acta Núm.		60.2 Lugar y Fecha de Registro		60.3 Entidad federativa		60.4 Día		60.5 Mes		60.6 Año		61.1 Acta Núm.		61.2 Lugar y Fecha de Registro		61.3 Entidad federativa		61.4 Día		61.5 Mes		61.6 Año									
61.1 Acta Núm.		61.2 Lugar y Fecha de Registro		61.3 Entidad federativa		61.4 Día		61.5 Mes		61.6 Año		62.1 Acta Núm.		62.2 Lugar y Fecha de Registro		62.3 Entidad federativa		62.4 Día		62.5 Mes		62.6 Año		63.1 Acta Núm.		63.2 Lugar y Fecha de Registro		63.3 Entidad federativa		63.4 Día		63.5 Mes		63.6 Año									
63.1 Acta Núm.		63.2 Lugar y Fecha de Registro		63.3 Entidad federativa		63.4 Día		63.5 Mes		63.6 Año		64.1 Acta Núm.		64.2 Lugar y Fecha de Registro		64.3 Entidad federativa		64.4 Día		64.5 Mes		64.6 Año		65.1 Acta Núm.		65.2 Lugar y Fecha de Registro		65.3 Entidad federativa		65.4 Día		65.5 Mes		65.6 Año									
65.1 Acta Núm.		65.2 Lugar y Fecha de Registro		65.3 Entidad federativa		65.4 Día		65.5 Mes		65.6 Año		66.1 Acta Núm.		66.2 Lugar y Fecha de Registro		66.3 Entidad federativa		66.4 Día		66.5 Mes		66.6 Año		67.1 Acta Núm.		67.2 Lugar y Fecha de Registro		67.3 Entidad federativa		67.4 Día		67.5 Mes		67.6 Año									
67.1 Acta Núm.		67.2 Lugar y Fecha de Registro		67.3 Entidad federativa		67.4 Día		67.5 Mes		67.6 Año		68.1 Acta Núm.		68.2 Lugar y Fecha de Registro		68.3 Entidad federativa		68.4 Día		68.5 Mes		68.6 Año		69.1 Acta Núm.		69.2 Lugar y Fecha de Registro		69.3 Entidad federativa		69.4 Día		69.5 Mes		69.6 Año									
69.1 Acta Núm.		69.2 Lugar y Fecha de Registro		69.3 Entidad federativa		69.4 Día		69.5 Mes		69.6 Año		70.1 Acta Núm.		70.2 Lugar y Fecha de Registro		70.3 Entidad federativa		70.4 Día		70.5 Mes		70.6 Año		71.1 Acta Núm.		71.2 Lugar y Fecha de Registro		71.3 Entidad federativa		71.4 Día		71.5 Mes		71.6 Año									
71.1 Acta Núm.		71.2 Lugar y Fecha de Registro		71.3 Entidad federativa		71.4 Día		71.5 Mes		71.6 Año		72.1 Acta Núm.		72.2 Lugar y Fecha de Registro		72.3 Entidad federativa		72.4 Día		72.5 Mes		72.6 Año		73.1 Acta Núm.		73.2 Lugar y Fecha de Registro		73.3 Entidad federativa		73.4 Día		73.5 Mes		73.6 Año									
73.1 Acta Núm.		73.2 Lugar y Fecha de Registro		73.3 Entidad federativa		73.4 Día		73.5 Mes		73.6 Año		74.1 Acta Núm.		74.2 Lugar y Fecha de Registro		74.3 Entidad federativa		74.4 Día		74.5 Mes		74.6 Año		75.1 Acta Núm.		75.2 Lugar y Fecha de Registro		75.3 Entidad federativa		75.4 Día		75.5 Mes		75.6 Año									
75.1 Acta Núm.		75.2 Lugar y Fecha de Registro		75.3 Entidad federativa		75.4 Día		75.5 Mes		75.6 Año		76.1 Acta Núm.		76.2 Lugar y Fecha de Registro																													

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 recorra 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, 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, Rancharía, 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 recuadros 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 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 linea 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	a) Peritonitis aguda Debido a (o como consecuencia de)
Causas antecedentes	Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada ambas, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Perforación del dudeno Debido a (o como consecuencia de)
		c) Úlcera duodenal 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 morbosos que la produjo	d) Hipertensión arterial Debido a (o como consecuencia de)

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 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.