



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

200633494

DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)												
	Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO 29/12/1960			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Coahuila de Zaragoza							
5. CURP JUGD601229HSPRUV08			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique							
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	Se ignora <input type="radio"/>						
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):													
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>Huajuco</i>													
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													
Ninguna <input checked="" type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:						12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	Completa <input type="radio"/> 1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99						
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						Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
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	14.1 Nombre de la unidad médica						Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN													
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"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	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			15.10 Entidad federativa			
15.7 Código Postal				15.8 Localidad			15.9 Municipio o Alcaldía			15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN													
26/09/2020		11:00		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?						
Día		Mes		Año			Horas			Minutos			
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)													
PARTE II													
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo													
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS													
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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			Uso exclusivo del personal codificador	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		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 Se ignora <input type="radio"/> 9			Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE													
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9													
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?													
Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2										Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión													
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)													
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)		Primer Apellido			Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
25. CERTIFICADA POR													
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5			Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
*Especifique Número de la cédula profesional													
27. NOMBRE													
Nombre(s)		Primer Apellido			Segundo Apellido			28. FIRMA					
29. DOMICILIO y TELÉFONO													
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			29.11 Teléfono			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa									Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO													
Número _____, Libro Número _____													
31.1 Acta Número _____													
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO													
32.1 Localidad		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.