



16 Sat  
R105  
Ramirez

**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017-1

EDITION 2017.

200634265

356-103

520063421

0063

59

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO									
Dia	Mes	Año	Hombre <input 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 type="radio"/> 1						
				Otra <input type="radio"/> 2	→ Especifique		Se ignora <input type="radio"/> 99						
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							
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	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):								
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	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	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			12.2 Ocupación	Via pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	Se ignora <input type="radio"/> 99				
13. AFILIACIÓN A SERVICIO 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	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7					Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12				
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8					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							
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				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?							
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <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				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				Causa principal		Causa secundaria							
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)					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa signada arriba mencionándose en último lugar la causa básica				d) Debido a (o como consecuencia de)		Causa principal		Causa secundaria					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbos que la produjeron													
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?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte					
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		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2			
43 días a 11 meses después del parto		43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> 4		No estuvo 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	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE				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		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)							
Accidente <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera vía pública) <input type="radio"/> 4							
Suicidio <input type="radio"/> 3		No <input type="radio"/> 2		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7							
Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9		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		Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9							
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. CERTIFICADO 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		*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 JUDICIAL		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							
32.4 Día		Mes		Año									

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