



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

200635028

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido								
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO										
Día		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										
5. CURP			Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1							
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	Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique						
8. EDAD CUMPLIDA			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):		9. ESTADO CONYUGAL								
							Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 3						
							En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1						
10. RESIDENCIA HABITUAL			10.1 Tipo de vialidad						10.2 Nombre de la vialidad						
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)															
10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano						
310000			col. Valle			cd. Valle			310000						
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						
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7			Profesional <input type="radio"/> 8		Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99		Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1				
											No <input type="radio"/> 2				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación												
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						
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"/> 1			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1			IMSS <input type="radio"/> 3		PEMEX <input type="radio"/> 5		SEMAR <input type="radio"/> 7		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Hogar <input type="radio"/> 11			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2			ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		Se ignora <input type="radio"/> 99			Se ignora <input type="radio"/> 9			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vialidad						15.2 Nombre de la vialidad						
510000			col. Valle						cd. Valle						
15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento humano			15.6 Nombre del asentamiento humano						
310000			col. Valle			cd. Valle			310000						
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?						
01072020 1300			Sí <input type="radio"/> 1						No <input type="radio"/> 2			Se ignora <input type="radio"/> 9			
Dia Mes Año			Horas												
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)			19.1 Parte I						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			19.2 Parte II			
Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			a) Debido a (o como consecuencia de)						24 horas			Código CIE			
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)						24 horas			3960			
			c) Debido a (o como consecuencia de)						24 horas			3961			
			d) Debido a (o como consecuencia de)						24 horas			3962			
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			Fallecimiento por infarto agudo de miocardio. Virus respiratorio-19.						3963			6219			
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?			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			Sí <input type="radio"/> 1						No <input type="radio"/> 2			Código CIE			
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 o aborto <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			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión						Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?						Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)			Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)			
Homicidio <input type="radio"/> 2			Sí <input type="radio"/> 1						Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)			Otro <input type="radio"/> 8			
Suicidio <input type="radio"/> 3			No <input type="radio"/> 2						Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2			Se ignora <input type="radio"/> 9			
Se ignora <input type="radio"/> 9			Se ignora <input type="radio"/> 9						Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5						
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						