



## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.

FOLIO

200635462

63546 2200635462

356-280

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b>		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b>		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
21 09 1945		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)			
Dia Mes Año							
<b>5. CURP</b>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/> 9	
MAHJ4509121HSPTRN02		Se ignora <input type="radio"/> 99 Si <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	
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b>		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	Años cumplidos
		Minutos	Horas	Días	Meses	74	Se ignora <input type="radio"/> 9
Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	<b>9. ESTADO CONYUGAL</b>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3
						Casado(a) <input type="radio"/> 5	Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
10.3 N.º Exterior				10.4 N.º Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	
111915							
10.7 Código Postal				10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
<b>11. ESCOLARIDAD</b>							
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL
						Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b>							
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b>							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b>							
15.3 N.º Exterior		15.4 N.º Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.2 Nombre de la vialidad	
1190191							
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	15.1 Tipo de vialidad	
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b>							
Día Mes Año		Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
				Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
<b>PARTE I</b> 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) Debido a (o como consecuencia de)							
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b>							
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:							
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		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	
				Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b>							
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3							
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?							
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		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 <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 4 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión							
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							
<b>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b>							
22.7.1 Tipo de vialidad							
22.7.2 Nombre de la vialidad							
22.7.3 N.º Exterior 22.7.4 N.º Interior							
22.7.5 Tipo de asentamiento humano							
22.7.6 Nombre del asentamiento humano							