



Ennial

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

063546320063546 3200635463
463

200635463

356-281

3463

5463

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				
EAP1380106MSPS3400			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	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	Años cumplidos	
			Minutos	Horas	Días	Meses		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"/> 5	
						En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	
								Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL									
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		
199664					Calle 100 número 1000 Col. Valle		Calle 100 número 1000 Col. Valle		
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	Se ignora <input type="radio"/> 99			
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	12.1 Trabajaba	
								Sí <input type="radio"/> 1	
								No <input type="radio"/> 2	
								Se ignora <input type="radio"/> 9	
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	
			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		
								Vía pública <input type="radio"/> 10	
								Otro lugar <input type="radio"/> 12	
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	Hosp General Col. Valle		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	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano				
15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o Alcaldía		
15.7 Código Postal			15.8 Localidad		15.10 Entidad federativa		15.11 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	Sí <input type="radio"/> 1	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)									
PARTE I									
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente									
Causas antecedentes									
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica									
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									
EPOC - DM2									
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?		Uso exclusivo del personal codificador		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
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		21.5 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)				
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5			
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Se ignora <input type="radio"/> 9		Otro <input type="radio"/> 8			
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo 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			Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)			Nombre(s)		Nombre(s)		Nombre(s)		
25. CERTIFICADA 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	Número de la cédula profesional						
*Especifique									
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		
29.9 Municipio o Alcaldía			29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Día		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN									
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm.	Libro Núm.	32.1 Localidad	Núm.	Libro Núm.	33.1 Localidad	Núm.	Libro Núm.	33.2 Día	