

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>			
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>Día Mes Año</div>		3. SEXO <div>Hombre <input type="radio"/>1 Mujer <input type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>
5. CURP <div></div>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Se ignora <input type="radio"/>99 Si <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>	7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input type="radio"/>1 Otra <input type="radio"/>2 → Especifique</div>
8. EDAD CUMPLIDA <div>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</div>		9. ESTADO CONYUGAL <div>Separado(a) <input type="radio"/>6 Viudo(a) <input type="radio"/>2 Casado(a) <input type="radio"/>0 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</div>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</div>			
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	
12.1 Trabajaba		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE 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	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.1 Fue un presunto	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 Añote 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 o país (si residía en el extranjero)	