



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017-1

200635495

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTÍCULARES.

200635495

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Estela		Avila 100		Morales		356	
2. FECHA DE NACIMIENTO		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
Día Mes Año		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9									
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora			
		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		→ Especifique			
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	Se ignora		
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	Se ignora		
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL			
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 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			
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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99						12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.2 Número de seguridad social o afiliación						13.3 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		SEDEM <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8							
		SEDEM <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						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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9							
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 NECROSCOPÍA?	
Día Mes Año		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99						Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)									
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente									
a)		Debido a (o como consecuencia de)							
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)							
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 morbosos 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?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99						Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3									
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							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión						22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 de servicio						Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (rancho o parcela) Área comercial o <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?							
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99									
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			
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE								24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
25. CERTIFICADA POR								26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5		Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8						*Especifique Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE								28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
29. DOMICILIO y TELÉFONO								30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad						29.3 Núm. Exterior	
								29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano								29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad						30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	