



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.

FOLIO

200636231

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			Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
			Sí <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		Se ignora <input type="radio"/> 9			
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:			8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:							Separado(a) <input type="radio"/> 6			
							Viudo(a) <input type="radio"/> 2			
							Casado(a) <input type="radio"/> 5			
							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 N.º N.º Exterior			10.4 N.º N.º 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		Primaria <input type="radio"/> 3		Secundaria <input type="radio"/> 5			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7			Profesional <input type="radio"/> 8		Posgrado <input type="radio"/> 10		Completa <input type="radio"/> 1			
							Incompleta <input type="radio"/> 2			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10			
Ninguna <input type="radio"/> 1			IMSSSTE <input type="radio"/> 3		SEDENA <input type="radio"/> 5		Otro lugar <input type="radio"/> 12			
IMSS <input type="radio"/> 2			PEMEX <input type="radio"/> 4		Seguro Popular <input type="radio"/> 7		Hogar <input type="radio"/> 11			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2			ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEMAR <input type="radio"/> 6		Se ignora <input type="radio"/> 9			
SEDENA <input type="radio"/> 6			Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1			IMSSSTE <input type="radio"/> 3		SEDENA <input type="radio"/> 5					
IMSS <input type="radio"/> 2			PEMEX <input type="radio"/> 4		Seguro Popular <input type="radio"/> 7					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2			ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEMAR <input type="radio"/> 6					
SEDENA <input type="radio"/> 6			Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			16.1 Día		16.2 Mes		16.3 Año		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19.1 Parte I		19.2 Causas antecedentes		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Parte I			Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9			
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)							
Parte II										
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo										
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?		21.4 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	
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 estuve 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 tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1			Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6					
Homicidio <input type="radio"/> 2			Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Área deportiva <input type="radio"/> 3					
Suicidio <input type="radio"/> 3			Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4					
Se ignora <input type="radio"/> 9			Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7					
					Otro <input type="radio"/> 8					
					Se ignora <input type="radio"/> 9					
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 N.º N.º Exterior			22.7.4 N.º N.º Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano			