



# SECRETARÍA DE SALUD

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

FOLIO  
6560200636669

200636560

ANTES DE LLENAR LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO											
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Francisco García		González							
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. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD							
CAGE 8407021974		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					
8. EDAD CUMPLIDA		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					
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					
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				10.6 Nombre del asentamiento humano					
39		10.5 Tipo de 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	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	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	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12							
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica	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	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	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 NECROPSIA?							
Día	Mes	Año	Horas	14.1 Nombre de la unidad médica	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II		19.3 Parte III					
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Causas de la defunción					
a) Debe a (o como consecuencia de)		b) Debe a (o como consecuencia de)		c) Debe a (o como consecuencia de)		d) Debe a (o como consecuencia de)					
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?					
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2			
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		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6					
Homicidio <input type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4					
Suicidio <input type="radio"/> 3		No <input type="radio"/> 2		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5					
Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9		Granja (otro) <input type="radio"/> 7					
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		Se ignora <input type="radio"/> 9		Otro <input type="radio"/> 8					
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					