



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200636563

200636563

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

200636563

		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Primer Apellido			
		Maria Francisca Hernandez		Segundo Apellido			
		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO			
		04 10 1934		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
		1 Dia Mes Año		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
		5. LURP		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
		HEX F341009 M SP A X R O O		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			
				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
		7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA			
		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		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			
				Para personas de un año o más			
				Años cumplidos			
		9. ESTADO CONYUGAL		9. ESTADO CONYUGAL			
		Separado(a) <input type="radio"/> 6		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			
				Casado(a) <input type="radio"/> 5			
				Soltero(a) <input type="radio"/> 1			
				Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		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			
Ninguna <input type="radio"/> 1		Preescolar <input type="radio"/> 12		Secundaria <input type="radio"/> 5			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Primaria <input type="radio"/> 3		Completa <input type="radio"/> 1			
		Posgrado <input type="radio"/> 10		Incompleta <input type="radio"/> 2			
		Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1			
				No <input type="radio"/> 2			
				Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
IMSS <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 3		Vía pública <input type="radio"/> 10			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		SEDENA <input type="radio"/> 5		Otro lugar <input type="radio"/> 12			
		PEMEX <input type="radio"/> 4		Hogar <input type="radio"/> 11			
		SEMAR <input type="radio"/> 6		Se ignora <input type="radio"/> 99			
		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8					
		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		IMSS <input type="radio"/> 3		Vía pública <input type="radio"/> 10			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		PEMEX <input type="radio"/> 5		Otro lugar <input type="radio"/> 12			
		SEMAR <input type="radio"/> 7					
		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
15. DIRECCIÓN DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
15.4 Núm. Exterior		15.5 Núm. Interior		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. TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
04 03 2020		20 56		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
Día Mes Año		Horas Minutos					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evita señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) <i>Septicemia</i> Debido a (o como consecuencia de)							
b) <i>Neumonia</i> Debido a (o como consecuencia de)							
c) <i></i> Debido a (o como consecuencia de)							
d) <i></i> Debido a (o como consecuencia de)							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el 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?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3	
El embarazo <input type="radio"/> 1		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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22. S. LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anota la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> 1		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial <input type="radio"/> 6	
Accidente <input type="radio"/> 1		Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1		Calle o carretera <input type="radio"/> 3	
Sucedido <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8	
				Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.7 Anota 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)	
DEL INF.		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		Otro médico* <input type="radio"/> 3		Número de la cédula profesional	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique	
27. NOMBRE						28. FIRMA	
DEL CERTIFICANTE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO						30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
DEL REG. CIVIL		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	
31. A DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA CÁDILIA O JUZGADO						32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Núm. _____, Libro Núm. _____						32.1 Localidad	
31. Acta Núm. _____						32.2 Municipio o Alcaldía	
						32.3 Entidad federativa	
						32.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD