



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200637421

200637421 200637421 200637421 200637421 200637421
200637421 200637421 200637421 200637421 200637421

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				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	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				En unión libre <input type="radio"/> 4	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 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							
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación
		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	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Otro lugar <input type="radio"/> 12	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
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							
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
					Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
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)						
b)	Debido a (o como consecuencia de)						
c)	Debido a (o como consecuencia de)						
d)	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							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CLÍNICA en su neclida obstrucción clínica							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS							
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	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador
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	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE							
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2							
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?							
Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)
Vivienda particular <input type="radio"/> 0							
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1							
Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2							
Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)							
(rancho o parcela) <input type="radio"/> 4							
Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5							
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 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior							
22.7.5 Tipo de asentamiento humano							
22.7.6 Nombre del asentamiento humano							