



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

FOLIO  
**200638656**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>Nicolás</i> Primer Apellido <i>Montoya</i> Segundo Apellido <i>Queretaro</i>	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
1/10/1917 9:32 AM		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
Día Mes Año		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA	
Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		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 ignorar <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	
En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10.1 Tipo de vivienda	
		10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
17197000		Matahuala	
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		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Bachillerato <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	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12.1 Trabajaba	
IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
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	
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)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Nombre de la vivienda	
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 LESIONES ANTES DE LA MUERTE?	
1/14/09 2010 13:22:52		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
		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	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Parte II	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa constante arriba, mencionando en último lugar la causa básica		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
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)	
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?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1		21.4 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
El parto <input type="radio"/> 2		21.5 Código CIE	
El puero <input type="radio"/> 3		21.6 Uso exclusivo del personal codificador	
No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.7 Causa BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		21.8 11189	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)	
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Se ignora <input type="radio"/> 6	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.7 Código Postal		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
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) <i>Ernesto Rosas</i> Primer Apellido <i>Sánchez</i> Segundo Apellido		25. CERTIFICADA POR	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional <i>7209985</i>	
*Especifique			
27. NOMBRE		28. FIRMA	
Nombre(s) <i>Ernesto Rosas</i> Primer Apellido <i>Sánchez</i> Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.6 Nombre del asentamiento humano	
Corrección Corrección a la Pac 6001		29.7 Código Postal <i>Matahuala</i>	
29.8 Localidad		29.11 Teléfono	
29.9 Municipio o Alcaldía <i>Sucre Potosí</i>		29.10 Entidad federativa <i>Colombia</i>	
29.12 Acta Núm.		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		Día <i>14</i> Mes <i>09</i> Año <i>2010</i>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Número <i>1234567890</i> , Libro Núm. <i>1234567890</i>		32.1 Localidad	
31. Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía	
		32.3 Entidad federativa	
		32.4 Día <i>14</i> Mes <i>09</i> Año <i>2010</i>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD EN EL SECTOR SALUD

\*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  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS (LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES)



200638656

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL