



***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**

OS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME 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

ESTE DOCUMENTO ES UNA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA QUE LA EMPRESA, EN BASE A LOS DATOS PERSONALES PROPORCIONADOS, SE PONGA EN POSSESSION DE LOS DATOS PERSONALES CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Y PARA QUE SE PONGA EN POSSESSION DE LOS DATOS PERSONALES CONFORME A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN LOS PAÍSES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Casimiro Franco		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
5. CURP					
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?					
7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/> 9			
Mexicana <input type="radio"/> 1		Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	Días	Meses
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	Víudo(a) <input type="radio"/> 2
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3
				Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					
10.1 Tipo de vialidad			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					
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
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 pública <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Otro lugar <input type="radio"/> 12
Unidad médica privada <input type="radio"/> 9					Hogar <input type="radio"/> 11
Se ignora <input type="radio"/> 99					Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN					
15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad		
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?
					Sí <input type="radio"/> 1
					No <input type="radio"/> 2
					Se ignora <input type="radio"/> 99
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.)					
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 morbosos que la produjo					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
Uso exclusivo del personal codificador					
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	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					
22.1 Fue un presunto	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	(taller, fábrica u obra)	
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7	
		(asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	(vía pública) <input type="radio"/> 4	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	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	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía	
22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
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		
*Especifique					
27. NOMBRE					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO					
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	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
Día			Mes	Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO					
Núm. _____, Libro Núm. _____					
31.1 Acta Núm. _____					
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
32.1 Localidad			32.2 Municipio o Alcaldía		
32.3 Entidad federativa			32.4 Día		
32.4 Día			Mes		
32.4 Día			Año		