



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

210833143

210833143

1083143

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan Gabriel		Primer Apellido	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día	03	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
Mes	12	O ₁	O ₂	O ₉	Sonora	
Año	1973	Se ignora <input type="radio"/>				
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD		
P051731203HSPZMN08		Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Otra <input checked="" type="radio"/>	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"/>	Viudo(a) <input type="radio"/>	
				En unión libre <input type="radio"/>	Casado(a) <input checked="" type="radio"/>	
				Divorciado(a) <input type="radio"/>	Soltero(a) <input type="radio"/>	
					Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad				
Añote 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		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:				
Ninguna <input type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	12. Ocupación Habitual	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	
		IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica				
Secretaría de Salud <input type="radio"/>		IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	Vía pública <input type="radio"/>	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad médica privada <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				
Día	26	Mes	01	Año	2021 Horas	
					Minutos	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
PARTE I		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
a)		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
Causas antecedentes		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
b)		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
c)		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
d)		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
PARTE II		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
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"/>		El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	O ₅	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/>			
Homicidio <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/>	
Suicidio <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>	
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				
22.7.3 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)				
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombre(s)	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/>	Número de la cédula profesional		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>	*Especifique		
27. NOMBRE		28. FIRMA				
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombre(s)	
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	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		Día	Mes	Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía			
31.1 Acta Núm. _____			32.3 Entidad federativa			
			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