



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210834443

210834443 210834443 210834443 210834443 210834443

Z10834443 Z10834443 Z10834443 Z10834443 Z10834443

1. NOMBRE DEL  
FALLECIDO(A)

*Teresa*

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

*10/10/1941*

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre  Mujer  Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

*Santos Reyes Potosí*

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

*L0LT411008MSPD0807*

6. ¿HABLABA ALGUNA  
LENGUA INDÍGENA?

Sí  No  Se ignora  9

7. NACIONALIDAD

Mexicana  1

Otra  2

Se ignora  9

Especifique

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

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas  
de gestación:

8.3 Peso  
(gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)  6

Viudo(a)  2

Casado(a)  5

En unión libre  4

Divorciado(a)  3

Soltero(a)  1

Se ignora  9

Especifique

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

*71*

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  1

Bachillerato o  7

Preescolar  12

Profesional  8

Secundaria  3

Posgrado  10

Completa  1

Incompleta  2

11.1 La escolaridad  
seleccionada es:

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba  1

No  2

Se ignora  9

Se ignora  99

13. AFILIACIÓN  
A SERVICIOS  
DE SALUD

IMSS  2

PEMEX  4

SEDENA  5

IMSS PROSPERA  10

SEMAR  6

Seguro Popular  7

Otra  8

Se ignora  99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de  1

IMSS  3

PEMEX  5

SEMAR  7

Otra unidad  8

pública  9

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública  10

Otro lugar  12

Unidad médica privada  11

Hogar  11

Se ignora  99

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

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  12

Mes  17

Año  2020

Horas  17

Minutos  30

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA  
ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí  1

No  2

Se ignora  9

Sí  1

No  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)

Intervalo aproximado  
entre el inicio de la  
enfermedad y la  
muerte

Uso exclusivo del  
personal codificador

Código CIE

PARTE II

Otros estados patológicos  
significativos que contribuyeron a  
la muerte, pero no relacionados  
con la enfermedad o estado  
morboso que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo  1

El parto  2

El puerperio  3

43 días a 11 meses  
después del parto o aborto  4

No estuvo embarazada en los  
últimos 11 meses previos a la muerte  5

21.2 Las causas anotadas  
fueron complicaciones  
propias del embarazo,  
parto o puerperio?

Sí  1

No  2

Si  1

No  2

22.4 Anote la relación que tenía el  
presunto agresor con el(la)  
fallecido(a)

Área industrial  
(taller, fábrica u oficina)  6

Área deportiva  3

Vivienda particular  0

Vivienda colectiva  1

Calle o carretera  4

(asilo, orfanato, etc.)  0

Escuela u oficina  2

Área comercial o  
de servicio  5

Granja (rancho o parcela)  7

Otro  8

Se ignora  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)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante  1

Médico legista  2

Otro médico\*  3

Persona autorizada por la  
Secretaría de Salud  4

Autoridad civil\*  5

Otro\*  8

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

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 <