



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

FOLIO  
210835143  
210835143 210835143 210835143 210835143 210835143 210835143

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
Día _____ Mes _____ Año _____		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99					
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/> 99	
		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 →			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora _____ Minutos _____		Para menores de un día _____ Horas _____		Para menores de un mes _____ Días _____	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		8.4 Edad gestacional:	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:							
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		9. ESTADO CONYUGAL		10.1 Tipo de vialidad	
				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 6		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	
				Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	
						IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PROSPERA <input type="radio"/> 2		IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	
				SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica	
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	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		16.1 Día	
						Mes _____	
		Horas _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Minutos _____	
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: parto cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		19.3 Parte III Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que provocaron la causa considerada como la causa básica	
		a) Debe a (o como consecuencia de)		b) Debe a (o como consecuencia de)		c) Debe a (o como consecuencia de)	
		d)					
20. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SÍ LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
DEL CERTIFICANTE		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
DEL REG. CIVIL		21.2 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
DEL INF.		21.3 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		21.4 Uso exclusivo del personal codificador	
210835143		21.4 Uso exclusivo del personal codificador		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
210835143		21.5 Uso exclusivo del personal codificador		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		21.5 Uso exclusivo del personal codificador	
210835143		21.6 Uso exclusivo del personal codificador		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		21.6 Uso exclusivo del personal codificador	
210835143		21.7 Uso exclusivo del personal codificador		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		21.7 Uso exclusivo del personal codificador	
210835143		21.8 Uso exclusivo del personal codificador		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		21.8 Uso exclusivo del personal codificador	
210835143		21.9 Uso exclusivo del personal codificador		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		21.9 Uso exclusivo del personal codificador	
210835143		21.10 Uso exclusivo del personal codificador		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		21.10 Uso exclusivo del personal codificador	
210835143		21.11 Uso exclusivo del personal codificador		22.7.1 Tipo de vialidad		21.11 Uso exclusivo del personal codificador	
210835143		21.12 Uso exclusivo del personal codificador		22.7.2 Nombre de la vialidad		21.12 Uso exclusivo del personal codificador	
210835143		21.13 Uso exclusivo del personal codificador		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
210835143		21.14 Uso exclusivo del personal codificador		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.10 Entidad federativa	
210835143		21.15 Uso exclusivo del personal codificador		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
210835143		21.16 Uso exclusivo del personal codificador		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
210835143		21.17 Uso exclusivo del personal codificador		23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
210835143		21.18 Uso exclusivo del personal codificador		Nombre(s) _____		Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
210835143		21.19 Uso exclusivo del personal codificador		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
210835143		21.20 Uso exclusivo del personal codificador		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Número de la cédula profesional	
210835143		21.21 Uso exclusivo del personal codificador		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		27. FIRMA	
210835143		21.22 Uso exclusivo del personal codificador		Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique	
210835143		21.23 Uso exclusivo del personal codificador		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
210835143		21.24 Uso exclusivo del personal codificador		Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____	
210835143		21.25 Uso exclusivo del personal codificador		31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____	
210835143		21.26 Uso exclusivo del personal codificador		29.1 Tipo de vialidad		32.3 Entidad federativa _____	
210835143		21.27 Uso exclusivo del personal codificador		29.2 Nombre de la vialidad		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
210835143		21.28 Uso exclusivo del personal codificador		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		32.5 Tipo de asentamiento humano	
210835143		21.29 Uso exclusivo del personal codificador		29.5 Nombre del asentamiento humano		32.6 FECHA DE CERTIFICACIÓN	
210835143		21.30 Uso exclusivo del personal codificador		29.6 Código Postal		Día _____ Mes _____ Año _____	
210835143		21.31 Uso exclusivo del personal codificador		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
210835143		21.32 Uso exclusivo del personal codificador		29.9 Municipio o Alcaldía		29.11 Teléfono	
210835143		21.33 Uso exclusivo del personal codificador		29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
210835143		21.34 Uso exclusivo del personal codificador		31.2 Lugar y Fecha de Registro		Día _____ Mes _____ Año _____	
210835143		21.35 Uso exclusivo del personal codificador		32.1 Localidad _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____	
210835143		21.36 Uso exclusivo del personal codificador		32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

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