



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

210835588

21083558

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>Martinez</i>		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	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1
				Otra <input type="radio"/> 2		→ Especifique	Se ignora <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 9
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) <input type="radio"/> 6	Viudo(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				11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5				
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		
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	12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
		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	13.1 Número de seguridad social o afiliación
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	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Hogar <input type="radio"/> 11	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		14.1 Nombre de la unidad médica		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
		Horas Minutos		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Si <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	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
		b) Debido a (o como consecuencia de)					
		c) Debido a (o como consecuencia de)					
		d) Debido a (o como consecuencia de)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)						Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE							
Código CIE							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
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
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación existente al presunto agresor con él(a) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto 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) <input type="radio"/> 6	
Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
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		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	
22.7 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		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3	Otros* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional	
						*Especifique	
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer 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		29.11 Teléfono	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		Dia		Mes		Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
31.1 Acta Núm. _____		32.1 Localidad _____					
32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa					
32.4 Dia		32.5 Mes		32.6 Año			