



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

Modelo 2017.1  
FOLIO  
210841104  
210841104 210841104 210841104 210841104 210841104 210841104

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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  
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

210841104

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Maximo Flores		Primer Apellido	Hernández										
	2. FECHA DE NACIMIENTO	Dia	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9									
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)													
	5. CURP			6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique								
	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				
	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 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Casado(a) <input type="radio"/> 5 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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	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	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora <input type="radio"/> 99						
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	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 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	SEDENA <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	HR 16	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	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	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 (Añote 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					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte									
	a)	Debido a (o como consecuencia de)					17 días								
	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 morbososo que la produjo	Diabetes Mellitus					15 años									
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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	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"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)						
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 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique _____	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO										
27. NOMBRE	Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____					28. FIRMA									
29. DOMICILIO Y TELEFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Número 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														
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO														
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad _____														
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año										
DEL REG. CIVIL	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN														

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA