



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210841279

210841279 210841279 210841279 210841279 210841279 210841279 210841279 210841279 210841279 210841279

*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 POSESIÓN
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.
CIVIL

210841279

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		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		Se ignora <input type="radio"/> 9											
SAXA531013MSPNNGOZ		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										
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	Años cumplidos										
		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"/> 6	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	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL										
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	12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9										
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	13.1 Número de seguridad social o afiliación										
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		Via 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"/> 9			Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99										
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	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica										
							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	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?									
							Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	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.)								Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE								
PARTE I		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente															
Causas antecedentes		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica															
a)		Debido a (o como consecuencia de)															
b)		Debido a (o como consecuencia de)															
c)		Debido a (o como consecuencia de)															
d)																	
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo															
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?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE									
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		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 estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5															
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión						22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)									
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)									
Accidente <input type="radio"/> 1		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)		Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)									
Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8									
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						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				22.7.10 Entidad federativa							
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía													
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)															
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido													
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO															
Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		Otro médico* <input type="radio"/> 3		Número de la cédula profesional											
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique											
27. NOMBRE		28. FIRMA															
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido													
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															
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO										30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
Número _____, Libro Número _____		32.1 Localidad										Día _____		Mes _____		Año _____	
31.1 Acta Número _____		32.2 Municipio o Alcaldía						32.3 Entidad federativa				32.4 Día _____		Mes _____		Año _____	