



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210844932

210844932 210844932 210844932 210844932 210844932

356-186

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

2. FECHA DE NACIMIENTO _____
Día Mes Año _____

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____

5. CURP _____
E110G87031 _____

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 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 _____
Minutos _____ Horas _____ Días _____ Meses _____ 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) 6 En unión libre 4 Viudo(a) 2 Divorciado(a) 3 Casado(a) 5 Soltero(a) 1 Se ignora 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 1 Preescolar 12 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Primaria 3 Posgrado 10 Secundaria 5 Se ignora 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL _____

Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 IMSS 2 ISSSTE 3 PEMEX 4 SEMAR 5 IMSS PROSPERA 10 Seguro Popular 7 Otra 8

13.1 Número de seguridad social o afiliación _____

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____
Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 14.1 Nombre de la unidad médica _____
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____

Vía pública 10 Otro lugar 12

Hogar 11 Se ignora 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 _____ Horas _____ Minutos _____

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

Sí 1 No 2 Se ignora 99

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

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) _____

Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

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 _____

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____

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 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 Sí 1 No 2 Sí 1 No 2

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

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Uso exclusivo del personal codificador

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE _____

22.1 Fue un presunto _____

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 99

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí 1 No 2 Se ignora 99

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión _____

Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5 Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8 Se ignora 9

Área industrial (taller, fábrica u obra) _____

Granja (rancho o parcela) _____

Otro _____

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

22.7.1 Tipo de vialidad _____ **22.7.2 Nombre de la vialidad** _____

22.7.3 Núm. Exterior _____ **22.7.4 Núm. Interior** _____ **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 1 Médico legista 2 Otro médico* 3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil* 5 Otro* 8

*Especifique _____ Número de la cédula profesional _____

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____

79528500 _____

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 _____ 29.11 Teléfono _____

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____

01/01/2018 _____

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO _____

Núm. _____ Libro Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO _____

32.1 Localidad _____

32.2 Entidad federativa _____

32.3 Número de la cédula profesional _____

32.4 Fecha de la inscripción _____

32.5 Día Mes Año _____

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUDE 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

210844932



DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL REG. CIVIL