



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210846712

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Alejandro Hernandez Sanchez		
		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
24 04 1967 Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
HE5A670424HSPRNL07		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 →	Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> 1 Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> 1 Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> 1 Días	Para menores de un año <input type="radio"/> 1 Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> 1 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 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad				10.2 Nombre de la vialidad
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)						
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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
			Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 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		14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otro lugar <input type="radio"/> 12	
Secretaría de Salud						
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9						
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?		
			Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <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 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						
a) Debiendo a (o como consecuencia de)						
b) Debiendo a (o como consecuencia de)						
c) Debiendo a (o como consecuencia de)						
d) Debiendo a (o como consecuencia de)						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		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		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3						
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						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		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 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique Número de la cédula profesional				
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	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día	Mes	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm. _____ Libro Núm. _____		32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día 3 Mes 3 Año	
31.2 Acta Núm.		32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día 3 Mes 3 Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210846712