



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210846861

210846861

DE LA DEFUNCIÓN		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</p> <p>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>_____ / _____ / _____ Día Mes Año</p> <p>3. SEXO</p> <p>Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____</p>									
DEL FALLECIDO		<p>5. CURP</p> <p>_____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD</p> <p>Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____</p> <p>Se ignora <input type="radio"/> 9</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>8. EDAD CUMPLIDA</p> <p>Para menores de una hora _____ Minutos _____</p> <p>Para menores de un día _____ Horas _____</p> <p>Para menores de un mes _____ Días _____</p> <p>Para menores de un año _____ Meses _____</p> <p>Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____</p> <p>Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Para menores de 28 días anote:</p> <p>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____</p> <p>8.2 Semanas de gestación: _____</p> <p>8.3 Peso (gramos): _____</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>9. ESTADO CONYUGAL</p> <p>Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>10. RESIDENCIA HABITUAL</p> <p>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</p> <p>10.1 Tipo de vialidad _____</p> <p>10.2 Nombre de la vialidad _____</p> <p>10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____</p> <p>10.5 Tipo de asentamiento humano _____</p> <p>10.6 Nombre del asentamiento humano _____</p> <p>10.7 Código Postal _____</p> <p>10.8 Localidad _____</p> <p>10.9 Municipio o Alcaldía _____</p> <p>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>11. ESCOLARIDAD</p> <p>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</p> <p>Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL</p> <p>12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Se ignora <input type="radio"/> 99</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</p> <p>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</p> <p>14.1 Nombre de la unidad médica _____</p> <p>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____</p> <p>Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</p> <p>15.1 Tipo de vialidad _____</p> <p>15.2 Nombre de la vialidad _____</p> <p>15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____</p> <p>15.5 Tipo de asentamiento humano _____</p> <p>15.6 Nombre del asentamiento humano _____</p> <p>15.7 Código Postal _____</p> <p>15.8 Localidad _____</p> <p>15.9 Municipio o Alcaldía _____</p> <p>15.10 Entidad federativa _____</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</p> <p>Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____</p> <p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____</p> <p>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>22.1 Fue un presunto accidente _____</p> <p>Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</p> <p>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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad _____</p> <p>22.7.2 Nombre de la vialidad _____</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____</p> <p>22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____</p> <p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____</p> <p>22.7.7 Código Postal _____</p> <p>22.7.8 Localidad _____</p> <p>22.7.9 Municipio o Alcaldía _____</p> <p>22.7.10 Entidad federativa _____</p>									
DEL INF.		<p>23. NOMBRE</p> <p>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____</p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</p>									
DEL CERTIFICANTE		<p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>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 _____</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p>Número de la cédula profesional _____</p>									
DEL REG. CIVIL		<p>27. NOMBRE</p> <p>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____</p> <p>28. FIRMA</p> <p>29. DOMICILIO y TELÉFONO</p> <p>29.1 Tipo de vialidad _____</p> <p>29.2 Nombre de la vialidad _____</p> <p>29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano _____</p> <p>29.7 Código Postal _____</p> <p>29.8 Localidad _____</p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía _____</p> <p>29.10 Entidad federativa _____</p> <p>29.11 Teléfono _____</p> <p>Día _____ Mes _____ Año _____</p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</p> <p>Día _____ Mes _____ Año _____</p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</p> <p>Núm. _____, Libro Núm. _____</p> <p>31.1 Acta Núm. _____</p> <p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>32.1 Localidad _____</p> <p>32.2 Municipio o Alcaldía _____</p> <p>32.3 Entidad federativa _____</p> <p>32.4 Día _____ Mes _____ Año _____</p>									

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