



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

FOLIO

210846867

210846867 210846867 210846867 210846867 210846867

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO (APELLIDOS, NOMBRE Y APELLIDO MATERNO)																					
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido																	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP				6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD											
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)		LCPHJL000517P109				Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicanas <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: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		8.3 Peso (gramos): _____							
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____														9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1							
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)										10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Nombre del asentamiento humano							
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de 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)											
Ninguna <input type="radio"/> 1		Preescolar <input type="radio"/> 12		Primaria <input type="radio"/> 3		Secundaria <input type="radio"/> 5		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							
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Profesional <input type="radio"/> 8		Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99						12.2 Ocupación habitual		Se ignora <input type="radio"/> 99									
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		IMSS <input type="radio"/> 2		PEMEX <input type="radio"/> 4		SEMAR <input type="radio"/> 6		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Seguro Popular <input type="radio"/> 7		Otra <input type="radio"/> 8		13.1 Número de seguridad social o afiliación		404000112-1							
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		Vía pública <input type="radio"/> 10		Otro lugar <input type="radio"/> 12							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDA <input type="radio"/> 6		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11		Se ignora <input type="radio"/> 99							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día Mes Año		Horas		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		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"/> 9							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, ateria, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?										Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2											
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.1 Debido a (o como consecuencia de): _____										19.2 Debido a (o como consecuencia de): _____		19.3 Debido a (o como consecuencia de): _____		19.4 Debido a (o como consecuencia de): _____		19.5 Debido a (o como consecuencia de): _____					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.6 Debido a (o como consecuencia de): _____										19.7 Debido a (o como consecuencia de): _____		19.8 Debido a (o como consecuencia de): _____		19.9 Debido a (o como consecuencia de): _____		19.10 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 morbosos que la produjo		19.11 Debido a (o como consecuencia de): _____										19.12 Debido a (o como consecuencia de): _____		19.13 Debido a (o como consecuencia de): _____		19.14 Debido a (o como consecuencia de): _____		19.15 Debido a (o como consecuencia de): _____					
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		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)															
ACCIDENTE <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		Calle o carretera <input type="radio"/> 4		Granja <input type="radio"/> 7		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		22.7.1 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	
22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FIRMA					
25.1 Médico tratante <input type="radio"/> 1		25.2 Médico legista <input type="radio"/> 2		25.3 Otro médico <input type="radio"/> 3		26.1 Número de la cédula profesional		27.1 Número de la cédula profesional		28.1 Número de la cédula profesional		25.2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		25.3 Autoridad civil <input type="radio"/> 5		25.4 Otro <input type="radio"/> 8		26.2 Especifique		27.2 Número de la cédula profesional		28.2 Número de la cédula profesional	
29. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		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		29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	
29.11 Teléfono		29.12 Lugar y Fecha de Registro		29.13 Día		29.14 Mes		29.15 Año		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. Día		34. Mes		35. Año			

210846867

SILA 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES



DE LA DEFUNCIÓN

Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

EG. L