



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

212248163

212248163

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	356-310			
	Día	Mes	Año					
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
8.10.1984	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. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD					
LACJJE4100-HSPRNRO2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <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 Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más 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 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) 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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	IMSS <input type="radio"/> 3 BIENESTAR <input type="radio"/> 4	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.12 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal	15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		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 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, astenia, etc.)	Síndrome de Reactiva Inflamatoria Sistémica.						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	a)	Debido a (o como consecuencia de)	b)	Inflamación Respiratoria Aguda	c)	Neuropatía perivenosa COVID-19	d)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica								
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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	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 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	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 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	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
27. NOMBRE	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Número de la cédula profesional			
29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	28. FIRMA			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día	Mes	Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad							