



## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212248179

356 -

**\*\*SILA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

SESIÓN  
ES

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES

EL

EL CERTIFICANTE

DEL REG  
CIVI

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) <i>Cecilia</i>			Nombre(s) <i>Marinader</i>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <i>17</i> Mes <i>10</i> Año <i>1976</i>			3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			5. CURP Se ignora <input type="radio"/> 99		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		
8. EDAD Para menores CUMPLIDA 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: <i>8.3 Peso (gramos):</i>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			10.1 Tipo de vialidad		
10.3 Núm. Exterior <i>741000</i>			10.4 Núm. Interior <i>741000</i>		
10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano		
10.7 Código Postal <i>791000</i>			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 Bachillerato o <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8			11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		
12. OCUPACIÓN HABITUAL			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4			13.1 Número de seguridad social o afiliación SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
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 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8			14.1 Nombre de la unidad médica		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior <i>791000</i>			15.4 Núm. Interior <i>791000</i>		
15.5 Tipo de asentamiento humano			15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.7 Código Postal <i>791000</i>			15.8 Localidad		
15.9 Municipio o Alcaldía			15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <i>15</i> Mes <i>08</i> Año <i>2011</i>			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		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
a) Debido a (o como consecuencia de)					
b) Debido a (o como consecuencia de)					
c) Debido a (o como consecuencia de)					
d) 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 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: 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			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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? 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 <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
22.4 Aprete 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 <i>791000</i>			22.7.4 Núm. Interior <i>791000</i>		
22.7.5 Tipo de asentamiento humano			22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
22.7.7 Código Postal <i>791000</i>			22.7.8 Localidad		
22.7.9 Municipio o Alcaldía			22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE Nombre(s) <i>Cecilia</i>			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
25. CERTIFICADA POR 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			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Nombre(s) <i>Cecilia</i>			28. FIRMA		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad		
29.6 Nombre del asentamiento humano <i>791000</i>			29.7 Código Postal <i>791000</i>		
29.9 Municipio o Alcaldía			29.10 Entidad federativa		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <i>15</i> Mes <i>08</i> Año <i>2011</i>			29.11 Teléfono		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. <i>127770</i> , Libro Núm. <i>1</i>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <i>791000</i>		
31. Acta Núm. <i>127770</i>			32.2 Municipio o Alcaldía		
32.3 Entidad federativa			32.4 Día <i>15</i> Mes <i>08</i> Año <i>2011</i>		