SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212248521

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año

3. SEXO Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique Se ignora ○9

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) Se ignora ○9

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) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○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 ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seg. Popular / INSABI ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS BIENESTAR ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS BIENESTAR ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ○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) 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
b) Debido a (o como consecuencia de)
c) Debido a (o como consecuencia de)
d)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador
Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Escuela u oficina pública ○2 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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

DEL INF.
23. NOMBRE Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional
27. NOMBRE Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido
28. FIRMA
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
29.9 Municipio o Alcaldía / 29.10 Entidad federativa / 29.11 Teléfono
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día / Mes / Año

DEL REG. CIVIL
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm._____, Libro Núm._____
31.1 Acta Núm._____
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o Alcaldía / 32.3 Entidad federativa / 32.4 Día / Mes / Año

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

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE [illegible] DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212248521

Recibí original