

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DEL LA) FALLECIDO(A)		Amador		Martinez		Rodriguez	
2. FECHA DE NACIMIENTO		16/09/1956		3. SEXO		Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09	
5. CURP		HARR6160916MTSRDM07		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		Si 01 No 02 Se ignora 09	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anoto el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vitalidad		10.2 Nombre de la vitalidad	
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 01 Preescolar 02 Primaria 03 Secundaria 05		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seg. Popular / INSABI 07 Otra 08		13.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 Tipo de ocupación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vitalidad		15.2 Nombre de la vitalidad		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	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Si 01 No 02 Se ignora 09		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?		Si 01 No 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfénia, etc.		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE		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?		Si 01 No 02		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Si 01 No 02	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTO, ESPECIFIQUE:		22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.4 Anoto 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 Anoto el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vitalidad		22.7.2 Nombre de la vitalidad		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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico* 03		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. FIRMA	
27. NOMBRE		28. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vitalidad		29.2 Nombre de la vitalidad	
29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía	
32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA