



ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212251819

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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

212251819

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre O1 Mujer O2 Se ignora O9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
Se ignora O99		Si O1 No O2 Se ignora O9		Mexicana O1 Otra O2 Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
Minutos Horas Días		Para menores de un año		Para personas de un año o más		Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) O6 Viudo(a) O2 Casado(a) O5	
						En unión libre O4 Divorciado(a) O3 Suotero(a) O1 Se ignora O9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vitalidad		10.2 Nombre de la vitalidad			
Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)							
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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna O1 Preescolar O12 Primaria O3 Secundaria O5		Completa O1 Incompleta O2		Se ignora O99			
Bachillerato o preparatoria O7 Profesional O8 Posgrado O10 Se ignora O99				12.1 Trabajaba Si O1 No O2 Se ignora O9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna O1 ISSSTE O3 SEDENA O5 Seg. Popular / INSABI O7 Otra O8							
IMSS O2 IMSS BIENESTAR O10							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
Secretaría de Salud O1 IMSS O3 PEMEX O5 SEMAR O7		Unidad médica pública O8		Vía pública O10 Otro lugar O12			
IMSS BIENESTAR O2 ISSSTE O4 SEDENA O6 Otra unidad pública O8		Unidad médica privada O9		Hogar O11 Se ignora O99			
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?		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año Horas Minutos		Si O1 No O2 Se ignora O9		Si O1 No O2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE			
a) Debido a (o como consecuencia de)				R653			
b) Debido a (o como consecuencia de)				J80X			
c) Debido a (o como consecuencia de)				J189			
d) Debido a (o como consecuencia de)				U071			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si O1 No O2		Si O1 No O2			
El embarazo O1 El parto O2 El puerperio O3							
43 días a 11 meses después del parto o aborto O4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O5							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto		Vivienda particular O1 Área deportiva O3		Área industrial (taller, fábrica u obra) O6			
Accidente O1 Homicidio O2		Calle o carretera (vía pública) O4		Granja (rancho o parcela) O7			
Suicidio O3 Se ignora O9		Escuela u oficina pública O2 Área comercial o de servicio O5		Otro O8 Se ignora O9			
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 Añote 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)					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante O1 Médico legista O2 Otro médico O3		Número de la cédula profesional					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud O4 Autoridad civil O5 Otro O8		27. NOMBRE		28. FIRMA			
		Nombre(s)					
		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. 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		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		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Día Mes Año		Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad			
31.1 Acta Núm.		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