



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

Modulo 20

212251967

212251967

225196

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido								
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO								
Día	Mes	Año	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	Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD 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	Se ignora <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3							
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 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 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. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4		ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	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"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad 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	Otro lugar <input type="radio"/> 12					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año		Horas Minutos	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa						
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		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)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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:		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	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	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 <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		Homicidio <input type="radio"/> 2 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 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9					
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		22.7.1 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 Número de la cédula profesional						
27. NOMBRE Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.6 Nombre del asentamiento humano		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					
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.7 Código Postal	29.8 Localidad						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Dia _____ Mes _____ Año _____								