



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212253291

*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
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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____
5. CURP _____	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> _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 <input type="radio"/> _9_		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4_ Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Viudo(a) <input type="radio"/> _2_ Casado(a) <input checked="" type="radio"/> _5_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté 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_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ Tercera <input type="radio"/> _6_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input type="radio"/> _2_		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ IMSS <input checked="" type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> _10_ Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 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_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ 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 _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de vialidad _____ 14.4 Nombre de la vialidad _____ 14.5 Núm. Exterior _____ 14.6 Núm. Interior _____ 14.7 Tipo de asentamiento humano _____ 14.8 Nombre del asentamiento humano _____ 14.9 Código Postal _____ 14.10 Localidad _____ 14.11 Municipio o Alcaldía _____ 14.12 Entidad federativa _____
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 <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ 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_ 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 estuvo 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 checked="" type="radio"/> _2_ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_		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 _____
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 checked="" 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 deportiva <input type="radio"/> _3_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5_ Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7_ Otro <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _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 _____		23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
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) _____ 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 _____		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 _____		



212253291