



## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

212254261

**\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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

**\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS DPARTICIALES DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

A standard linear barcode is positioned vertically on the left side of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

UERTES ACCIDENTALES

FICANTE

DEL RE

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)			Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			5. CURP					
									6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
									7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →					
8. EDAD Para menores de una hora CUMPLIDA			Para menores de un día Minutos			Para menores de un mes Horas			Para menores de un año Días					
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 checked="" 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					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7			Primaria <input type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8			Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10			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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6			14.1 Nombre de la unidad médica Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			13.1 Número de seguridad social o afiliación Se ignora <input type="radio"/> 99					
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			15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior			15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad					
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			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 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									Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			a) Debido a (o como consecuencia de)						20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
			b) Debido a (o como consecuencia de)											
			c) Debido a (o como consecuencia de)											
			d) Debido a (o como consecuencia de)											
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos 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			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 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 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			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 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 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									24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido								
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4			Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			27. NOMBRE			28. FIRMA		
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido								
29. DOMICILIO y TELÉFONO			29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad			29.3 Núm. Exterior			29.4 Núm. Interior		
29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal			29.8 Localidad						29.5 Tipo de asentamiento humano		
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 OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____											
31.1 Acta Núm. _____														