

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212718217

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) | | Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 3. SEXO | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | | | |
| Día Mes Año | | Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | |
| 5. CURP | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | 7. NACIONALIDAD | | | |
| Se ignora <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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 menores de 28 días anote: | | 8.2 Semanas de gestación: | | 8.3 Peso (gramos): | | Para personas de un año o más | |
| 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | | | | | Años cumplidos | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | | 10.1 Tipo de vialidad | | 10.2 Nombre de la vialidad | | | |
| 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 <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> | | | | 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 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 <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 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 | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? | | | |
| Día Mes Año Horas Minutos | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | | |
| 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 | | | | Código CIE | | | |
| 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) | | | | | | | |
| 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 | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | | Uso exclusivo del personal codificador | |
| 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN | |
| El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> | | | | | | Código CIE | |
| 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 <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> (taller, fábrica u obra) | | | | | |
| Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | | | |
| 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | | | |
| 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 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 | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | | | |
| Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> | | Número de la cédula profesional | | | | | |
| 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 | | 29.5 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 OFICIALIA 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

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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



212718217