



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2022

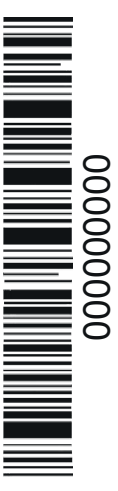
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Persona desconocida <input type="checkbox"/>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _99
5. CURP _____	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad Federativa o país (si nació en el extranjero) _____
6. ¿SE LE RECONOCIÓ COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 *Especifique: _____	
9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _9 Otra* <input type="radio"/> _2 *Especifique: _____	
10. 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 persona de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> _9	
11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera/o <input type="radio"/> _1 En unión libre <input type="radio"/> _4 Casada/o <input type="radio"/> _5 Separada/o <input type="radio"/> _6 Divorciada/o <input type="radio"/> _3 Viuda/o <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
12. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o 12.1 Tipo de vialidad _____ 12.2 Nombre de la vialidad _____ 12.3 Núm. Ext. _____ 12.4 Núm. Int. _____ 12.5 Tipo de asentamiento humano _____ 12.6 Nombre del asentamiento humano _____ 12.7 Código Postal _____ 12.8 Localidad _____ 12.9 Municipio o Alcaldía _____ 12.10 Entidad Federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1 Primaria <input type="radio"/> _3 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Posgrado <input type="radio"/> _10 Preescolar <input type="radio"/> _12 Secundaria <input type="radio"/> _5 Profesional <input type="radio"/> _8 Se ignora <input type="radio"/> _99 13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input type="radio"/> _2	
14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> _99 14.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _3 SEDENA <input type="radio"/> _5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> _10 ISSFAM <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99 IMSS <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 Otra* <input type="radio"/> _8 *Especifique: _____	
16. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDA/O _____	
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE _____	
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _5 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> _8 IMSS <input type="radio"/> _3 SEDENA <input type="radio"/> _6 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9 19.1 Nombre de la unidad médica _____ 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 20.1 Tipo de vialidad _____ 20.2 Nombre de vialidad _____ 20.3 Núm. Ext. _____ 20.4 Núm. Int. _____ 20.5 Tipo de asentamiento humano _____ 20.6 Nombre del asentamiento humano _____ 20.7 Código Postal _____ 20.8 Localidad _____ 20.9 Municipio o Alcaldía _____ 20.10 Entidad Federativa _____	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 23.1 Fecha de cirugía: Día _____ Mes _____ Año _____ 23.2 Motivo de cirugía: _____	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="radio"/> _4 Accidente <input type="radio"/> _1 Agresión <input type="radio"/> _2 Lesiones autofingidas intencionalmente <input type="radio"/> _3 Intervención legal <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9	
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfencia, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada. c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción _____ PARTE II. Otras condiciones o estados patológicos o significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción _____ (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)	
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 27.1 Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2	
28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 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 El puerperio <input type="radio"/> _3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input type="radio"/> _5 28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2	
29. ¿LA (EL) FALLECIDA/O PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2	
30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 30.1 CÓDIGO ADICIONAL _____	
31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="radio"/> _0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1 Área deportiva <input type="radio"/> _3 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5 Otro <input type="radio"/> _8 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6 Se ignora <input type="radio"/> _9	
33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: Investigación pendiente <input type="radio"/> _1 No puede determinarse <input type="radio"/> _2	
34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTA/O AGRESORA/OR CON LA (EL) FALLECIDO/O? _____	
35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO): _____	
36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) 36.1 Tipo de vialidad _____ 36.2 Nombre de la vialidad _____ 36.3 Núm. Ext. _____ 36.4 Núm. Int. _____ 36.5 Tipo de asentamiento humano _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano _____ 36.7 Código Postal _____ 36.8 Localidad _____ 36.9 Municipio o Alcaldía _____ 36.10 Entidad Federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
37. CERTIFICADA POR Médica/o tratante <input type="radio"/> _1 Médica/o legista <input type="radio"/> _2 Otro médica/o <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 Especifica* _____	
38. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICA/O Número de la cédula profesional _____	
40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE _____	
41. DOMICILIO Y TELÉFONO 41.1 Tipo de vialidad _____ 41.2 Nombre de la vialidad _____ 41.3 Núm. Ext. _____ 41.4 Núm. Int. _____ 41.5 Tipo de asentamiento humano _____ 41.6 Nombre del asentamiento humano _____ 41.7 Código Postal _____ 41.8 Localidad _____ 41.9 Municipio o Alcaldía _____ 41.10 Entidad Federativa _____ 41.11 Teléfono _____	
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Núm. Libro _____ Núm. Acta _____	
44. LUGAR DE REGISTRO 44.1 Localidad _____ 44.2 Municipio o Alcaldía _____ 44.3 Entidad Federativa _____	
45. FECHA DE REGISTRO Día _____ Mes _____ Año _____	



000000000

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD