



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA  
GEOGRAFIA E INFORMÁTICA  
CERTIFICADO DE DEFUNCION

1987

MODELO 1987

FOLIO DE CAPTURA

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, LEANSE LAS INSTRUCCIONES ANOTADAS EN EL REVERSO.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO: NOMBRE: _____ PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____		2. FECHA DE NACIMIENTO: DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____		D2	9	14	
	3. SEXO: MASCULINO <input type="radio"/> 1 FEMENINO <input type="radio"/> 2 SE IGNORA <input type="radio"/> 3		4. EDAD CUMPLIDA: AÑOS: _____ SI ERA MENOR DE UN AÑO, ESCRIBA SI SE TRATA DE: MESES: _____ DIAS: _____ HORAS: _____ SE IGNORA <input type="radio"/>		5. NACIONALIDAD: MEXICANA <input type="radio"/> 1 OTRA <input type="radio"/> 2 ESPECIFIQUE _____		D3 D4 D5 D6	15 16 18 20
	6. ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="radio"/> 1 CASADO <input type="radio"/> 2 UNION LIBRE <input type="radio"/> 3 SEPARADO <input type="radio"/> 4 DIVORCIADO <input type="radio"/> 5 VIUDO <input type="radio"/> 6 SE IGNORA <input type="radio"/> 9		7. RESIDENCIA HABITUAL: (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVA EL FALLECIDO) CALLE, NUMERO Y COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO O DELEGACION: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____		7.1 7.2 7.3		D7.1 D7.2 D7.3	21 25 28 29
	8. OCUPACION HABITUAL: EJEM. ALBAÑIL, DENTISTA, MECANICO DE AUTOS, ETC.		9. ESCOLARIDAD: NINGUNA <input type="radio"/> 1 MENOS DE 3 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 2 3 A 5 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 3 SECUNDARIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 5 PREPARATORIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 6 PROFESIONAL <input type="radio"/> 7 SE IGNORA <input type="radio"/> 9		PRIMARIA COMPLETA <input type="radio"/> 4		D8 D9 D10	30 31 32 34
10. DERECHO HABIENTE: NINGUNA <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 FUERZAS ARMADAS <input type="radio"/> 5 OTRA <input type="radio"/> 6 SE IGNORA <input type="radio"/> 9		11. NOMBRES: DEL PADRE: _____ DE LA MADRE: _____ DEL CONYUGE: _____				D11 D12 D13 D14	35 36 37 40 41	
DE LA DEFUNCION	12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION: CALLE, NUMERO Y COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO O DELEGACION: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____		13. SITIO: UNIDAD MEDICA <input type="radio"/> 1 HOGAR <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3		14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION: DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____ HORA: _____		15. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD? SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2	
	16. CAUSAS DE LA DEFUNCION: PARTE I: ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE CAUSAS, ANTECEDENTES O ESTADOS MORBOSOS, SI EXISTIERA ALGUNO QUE PRODUJERON LA CAUSA ARRIBA CONSIGNADA MENCIONANDOSE EN ULTIMO LUGAR LA CAUSA BASICA O FUNDAMENTAL PARTE II: OTROS ESTADOS PATOLOGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADOS MORBOSOS INFORMADOS EN a), b) o c)		INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE				D15 D16 D17	
	17. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE: 17.1 FUE PRESUNTO ACCIDENTE <input type="radio"/> 1 HOMICIDIO <input type="radio"/> 2 SUICIDIO <input type="radio"/> 3 SE IGNORA <input type="radio"/> 9 17.2 OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO: SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2 17.3 LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESION: HOGAR <input type="radio"/> 1 TRABAJO <input type="radio"/> 2 VIA PUBLICA <input type="radio"/> 3 EDIFICIO PUBLICO <input type="radio"/> 4 OTRO <input type="radio"/> 5 17.4 LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUM. _____ 17.5 SE PRACTICO NECROPSIA: SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2 17.6 AUTORIDAD QUE ORDENO LA NECROPSIA: _____ 17.7 DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACION, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS QUE DIERON ORIGEN A LA LESION: _____						D17.1 D17.2 D17.3 D17.5	
DEL CERTIFICANTE	18. CERTIFICADA POR: MEDICO <input type="radio"/> 1 OTRO <input type="radio"/> 2 TRATANTE MEDICO <input type="radio"/> 3 NO MEDICO <input type="radio"/> 4 LEGISTA <input type="radio"/> 5		18.1 SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO: CECULA DE LA DGP NUM. _____		18.2 SI EL CERTIFICANTE NO ES MEDICO: PERSONA AUTORIZADA POR SSA <input type="radio"/> 1 AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3		D18 D18.2	
	18.3 NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICANTE: NOMBRE Y FIRMA: _____		18.4 DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE: _____				D18.1 D18.2	
DEL REGISTRO CIVIL	19. NOMBRE DEL INFORMANTE: _____		19.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO: _____				D20.3 D20.4 D20.5 D20.2 D20.6	
	20. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO NUM. _____ DEL REGISTRO CIVIL LIBRO NUM. _____ 20.2 ACTA NUM. _____		20.1 LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO: LOCALIDAD: _____ DELEGACION O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____ CLAVE CLAR: _____ DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____				D20.3 D20.4 D20.5 D20.2 D20.6	

DISTRIBUCION GRATUITA