



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO DE CAPTURA

980000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		2. FECHA DE NACIMIENTO	
Nombre (s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____		Día _____ Mes _____ Año _____	
3. SEXO: Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	4. EDAD CUMPLIDA Años _____ Meses _____ Días _____ Horas _____ Si era menor de un año, escribe el se trata de:	6. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____	
6. ESTADO CONYUGAL: Soltero <input type="radio"/> 1 Casado <input type="radio"/> 2 Unión 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"/> 7			
7. RESIDENCIA HABITUAL: (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido): Calle, número y colonia _____ 7.1 Localidad _____ Municipio o Delegación _____ 7.2 Entidad Federativa _____			
8. OCUPACION HABITUAL: Ejem. AbaÑil, Dentista, Mecánico de autos, etc.		9. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> 1 Menos de 3 años de primaria <input type="radio"/> 2 3 a 6 años de primaria <input type="radio"/> 3 Primaria completa <input type="radio"/> 4 Secundaria o equivalente <input type="radio"/> 5 Preparatoria o equivalente <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 8	
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"/> 7		11. NOMBRES: Del Padre _____ De la Madre _____ Del Conyuge _____	
12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION: Calle, número y colonia _____ Localidad _____ Municipio o Delegación _____ 12.1 Entidad Federativa _____ 12.2			
13. SITIO: Unidad médica: Hogar <input type="radio"/> 3 Pública <input type="radio"/> 1 Privada <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 4		14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION: Día _____ 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 Añote una sola causa en cada renglón. No quiere decirse con esto el modo de morir - Ejemplo: debilidad cardíaca, asfexia, etc. - y aplique directamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento. PARTE I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directa-mente Causas, antecedentes o estados morbosos, al establecer alguno, que produjeron la causa arriba consignada. Debe mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental. a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos o lesiones que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estados morbosos mencionados en a), b), c) o d) _____	
17. SI LA FALLECIDA ES UNA MUJER, ESPECIFIQUE SI ESTUVO EMBARAZADA O EN EL PUERPERIO DURANTE: 17.1 Los 42 días antes de la muerte <input type="radio"/> 1 Los 11 meses antes de la muerte <input type="radio"/> 2 17.2 ¿Las causas tuvieron relación o fueron consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 18.1 ¿Fue un suceso? Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4 18.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 18.3 ¿Ocurrió en el hogar? Hogar <input type="radio"/> 1 Trabajo <input type="radio"/> 2 Vía pública <input type="radio"/> 3 Centro de recreo <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 5 18.4 Violencia familiar Si la muerte fue por homicidio señale al presunto agresor: es familiar del fallecido <input type="radio"/> 1 18.5 La defunción fue registrada en el ministerio público con el acta núm. _____		18.6 ¿Se practicó necropsia? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
18.7 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión: _____		18.8 Autoridad que ordenó la necropsia _____	
19. CERTIFICADA POR: Médico <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 No médico <input type="radio"/> 4		19.1 Si el certificador es médico: Cédula de la DGP _____ Núm. _____	
19.2 Si el certificador no es médico: Persona autorizada por BSA <input type="radio"/> 1 Autoridad civil <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3		19.3 Nombre y firma del certificador _____ 19.4 Domicilio y teléfono del certificador _____	
20. NOMBRE DEL INFORMANTE: _____		20.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO: _____	
21. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. _____ del Registro Civil Libro Núm. _____ 21.1 Acta Núm. _____		22. Lugar y fecha del registro: 22.1 _____ Localidad _____ 22.2 _____ Municipio o Delegación _____ 22.3 Entidad Federativa _____ 22.4 _____ 22.1 C. U. R. P. _____ 108 Día _____ Mes _____ Año _____	

R1					
R2					
R3					
R4					
R5					
R6					
R7					
R8					
R9					
R10					
R11					
R12					
R13					
R14					
R15					
R16					
R17					
R18					
R19					
R20					
R21					
R22					
R23					
R24					
R25					
R26					
R27					
R28					
R29					
R30					
R31					
R32					
R33					
R34					
R35					
R36					
R37					
R38					
R39					
R40					
R41					
R42					
R43					
R44					
R45					
R46					
R47					
R48					
R49					
R50					
R51					
R52					
R53					
R54					
R55					
R56					
R57					
R58					
R59					
R60					
R61					
R62					
R63					
R64					
R65					
R66					
R67					
R68					
R69					
R70					
R71					
R72					
R73					
R74					
R75					
R76					
R77					
R78					
R79					
R80					
R81					
R82					
R83					
R84					
R85					

ATENCION: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD