

# Certificado de defunción (modelo 2012)

Nº 5219 CERTIFICADO DE NACIMIENTO FTE LIC: 25219 INT 1



Modelo 2012

FOLIO

## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

012000051  
**CANCELADO**

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

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b>		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
<b>2. CURP</b>		Se ignora <input type="radio"/> 99		<b>3. SEXO</b>		<b>4. NACIONALIDAD</b>	
		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b>		<b>6. PESO</b>		<b>7. TALLA</b>		<b>8. FECHA DE NACIMIENTO</b>	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Kilogramos Gramos		Metros Centímetros		Día Mes Año	
<b>9. EDAD CUMPLIDA</b>		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año	
Para personas de un año o más		Minutos		Días		Meses Años cumplidos	
Se ignora <input type="radio"/> 9							
<b>9.1</b> Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		<b>10. ESTADO CONYUGAL</b>		<b>11. RESIDENCIA HABITUAL</b>			
		En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5		11.1 Calle y número		11.2 Colonia	
		Se ignora <input type="radio"/> 9		11.3 Localidad			
				11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)	
<b>12. ESCOLARIDAD</b>		<b>13. OCUPACIÓN HABITUAL</b>					
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba		Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>14.1</b> Número de seguridad social					
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99					
<b>15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN</b>		<b>15.1</b> Nombre de la unidad médica		<b>15.2</b> Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		<b>15.3</b> Tipo de vivienda	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12				Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8							
<b>16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</b>							
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad			
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa					
<b>17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b>		<b>18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b>		<b>19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b>			
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
<b>20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b>		<b>22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b>		<b>23. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b>		<b>21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b>	
(Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.-)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE	
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Debido a (o como consecuencia de)					
		c) Debido a (o como consecuencia de)					
		d) Debido a (o como consecuencia de)					
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo							
<b>22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b>		<b>22.1</b> Especifique si la muerte ocurrió durante:		<b>22.2</b> ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		<b>22.3</b> ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
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 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
<b>23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b>		<b>23.2</b> ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		<b>23.3</b> Sitio donde ocurrió la lesión		<b>23.4</b> ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)?	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, campamento, etc.) <input type="radio"/> 2 Espacios u otros públicos <input type="radio"/> 3		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (Vía pública) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
<b>23.7</b> Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
		23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa			
<b>24. NOMBRE</b>		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
<b>26. CERTIFICADA POR</b>		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <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	
<b>28. NOMBRE</b>		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
<b>30. DOMICILIO</b>		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
<b>33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO</b>		Núm. _____ Libro Núm. _____		<b>34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b>		<b>32. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b>	
33.1 Acta Núm. _____		34.1 Localidad _____		34.2 Municipio o delegación _____		34.3 Entidad federativa _____	
		34.3 Entidad federativa _____		34.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

