

	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)																											Persona desconocida																																													
DE LA (DEL) FALLECIDA/O	Nombre(s)									Primer Apellido									Segundo Apellido																																																						
	2. FECHA DE NACIMIENTO									3. SEXO						4. ENTIDAD DE NACIMIENTO																																																									
	<div>DíaMesAño</div>									Hombre	Mujer	Se ignora			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)																																																										
	5.CURP									6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O?									7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?																																																						
										SiNoSe ignora									SiNOSe ignora																																																						
	8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?															9. NACIONALIDAD												11. SITUACIÓN CONYUGAL																																													
	SiNoSe ignora *Especifique:															MexicanaSe ignoraOtra* *Especifique:												Se ignoraSoltera/oEn unión libreCasada/o																																													
	10. EDAD CUMPLIDA															Para menores de 28 días de nacida/o anote:												Separada/oDivorciada/oViuda/o																																													
DE LA DEFUNCIÓN	Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año o más Meses persona de un año o másAños cumplidosSe ignora															10.1 Folio del Certificado de Nacimiento												10.2 Semanas de gestación										10.3 Peso al nacer (gramos)																																			
	12. RESIDENCIA HABITUAL															12.1 Tipo de vialidad												12.2 Nombre de la vialidad												12.3 Núm Ext.										12.4 Núm int.																							
	Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o															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															13.1 La escolaridad seleccionada es:												14. OCUPACIÓN HABITUAL												14.1 Trabajaba																																	
	Ninguna Primaria Bachillerato o preparatoria Preescolar Secundaria Profesional Se ignora															Completa Incompleta												Se ignora												SiNoSe ignora																																	
	15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD															15.1 Número de seguridad social o afiliación																																																									
	Ninguna IMSS ISSSTE PEMEX SEDENA IMSS BIENESTAR Otra*															ISSFAM Se ignora *Especifique:																																																									
	DEL INF.	16. NOMBRE															17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDA/O												18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE																																												
	Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido																																																																								
DE LA DEFUNCIÓN	19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN															19.1 Nombre de la unidad médica												Vía pública Otro lugar																																													
	Secretaría de Salud ISSSTE SEMAR IMSS BIENESTAR PEMEX OTRA unidad médica pública IMSS SEDENA Unidad médica privada															19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)												Hogar Se ignora																																													
	20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN															20.1 Tipo de vialidad												20.2 Nombre de la 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															22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?												23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?												24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?																																	
	<div>DíaMesAño</div> <div>HorasMinutos</div>															SiNoSe ignora												Si23. Fecha de cirugíaDíaMesAñoNoSe ignora23.2 Motivo de cirugía												SiNoSe ignora																																	
	25. TIPO DE DEFUNCIÓN															EnfermedadAccidenteAgresiónLesiones autoinfligidas intencionalmenteIntervención legalSe ignora																																																									
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir – ejemplo: paro cardíaco, astemia, etc.)															Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción												Uso exclusivo del personal codificador																																														
PARTE I																											Código CIE																																														
Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a)															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															Debido a (o como consecuencia de)																																																										
															Debido a (o como consecuencia de)																																																										
PARTE II. Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción.															(el intervalo de tiempo puede incluirse del estado patológico)																																																										
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?															28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS												29 ¿LA (EL) FALLECIDA/O PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA?												Código CIE																																		
SiNoSe ignora															28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo43 días a 11 meses después del parto o aborto El partoNo estuvo embarazada en los últimos 11 mes previos a la defunción El puerperio												28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?												SiNoSiNo																																		
27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación?																											29.1 ¿Fue donadora/or de órganos?												30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN																																		
SiNo																											SiNo												30.1 CÓDIGO ADICIONAL																																		
ACCIDENTAL O VIOLENTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO?															32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)												33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:																																													
	SiNoSe ignora															Vivencia particular Escuela u oficina pública Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u otra) Granja (rancho o parcela) OtroSe ignora																																																									
	34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTA/O AGRESORA/OR CON LA (EL) FALLECIDA/O															35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO):												Investigación pendiente No puede determinarse																																													
	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																																														
DE LA (DEL) CERTIFICANTE	37. CERTIFICADA POR															38. NOMBRE												39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICA/O												40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE																																	
	Médica/o tratante Médica/o legista Otra/o médica/o Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad Civil* OtroEspecifique															Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido												Número de la cédula profesional																																													
	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												42. FECHA DE CERTIFICACIÓN												41.8 Localidad																																	
41.9 Municipio o Alcaldía															41.10 Entidad federativa												41.11 Teléfono												Día Mes Año																																		
DEL REG. CIVIL	43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO															44. LUGAR DE REGISTRO												45. FECHA DE REGISTRO																																													
	Núm.															44.1 Localidad																																																									
	Núm. Libro															44.2 Municipio o Alcaldía												44.3 Entidad federativa																																													
Núm Acta																											Día Mes Año																																														

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