



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

MOBIO 2011.1
FOLIO

190168111

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

2. FECHA DE NACIMIENTO
Día _____ Mes _____ Año _____

3. SEXO
Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____

5. CURP

Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
Sí 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD
Mexicana 1 Otra 2 → Especifique _____ Se ignora 9

8. 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 o más: Meses _____ Años cumplidos _____ Se ignora 9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____
8.2 Semanas de gestación: _____
8.3 Peso (gramos): _____

9. ESTADO CONYUGAL
En unión libre 4 Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5
Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____
10.1 Tipo de vialidad _____ **10.2 Nombre de la vialidad** _____

10.3 Núm. Exterior _____ **10.4 Núm. Interior** _____ **10.5 Tipo de asentamiento humano** _____ **10.6 Nombre del asentamiento humano** _____

10.7 Código Postal _____ **10.8 Localidad** _____ **10.9 Municipio o delegación** _____ **10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)** _____

11. ESCOLARIDAD
Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL
Se ignora 99

12.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación _____

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7
IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica _____
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____

Vía pública 10 Otro lugar 12
Hogar 11 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad _____ **15.2 Nombre de la vialidad** _____

15.3 Núm. Exterior _____ **15.4 Núm. Interior** _____ **15.5 Tipo de asentamiento humano** _____ **15.6 Nombre del asentamiento humano** _____

15.7 Código Postal _____ **15.8 Localidad** _____ **15.9 Municipio o delegación** _____ **15.10 Entidad federativa** _____

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
Sí 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Sí 1 No 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

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 significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____

Código CIE _____

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
Sí 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
Sí 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE _____

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
22.1 Fue un presunto
Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
Sí 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
Vivienda particular 0 Área deportiva 3
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja (rancho o parcela) 7
Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad _____ **22.7.2 Nombre de la vialidad** _____

22.7.3 Núm. Exterior _____ **22.7.4 Núm. Interior** _____ **22.7.5 Tipo de asentamiento humano** _____ **22.7.6 Nombre del asentamiento humano** _____

22.7.7 Código Postal _____ **22.7.8 Localidad** _____ **22.7.9 Municipio o delegación** _____ **22.7.10 Entidad federativa** _____

DEL INF.

23. NOMBRE
Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____

DE

25. CERTIFICADA POR
Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico* 3
Persona autorizada por la _____ Autoridad civil* 4 Otro* 5
*Especifique _____

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
Número de la cédula profesional _____