MODELO 1998

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO DE CAPTURA

1 8

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, LEANSE LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO
Nombre(s) | Primer apellido | Segundo apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO
Día | Mes | Año

3. SEXO:
Masculino ◯ 1
Femenino ◯ 2
Se ignora ◯ 9

4. EDAD CUMPLIDA
Años ◯ Se ignora
Si era menor de un año, escriba si se trata de:
Meses | Días | Horas

5. NACIONALIDAD
Mexicana ◯ 1
Otra ◯ 2
Especifique

6. ESTADO CIVIL: Soltero ◯ 1 Casado ◯ 2 Unión libre ◯ 3 Separado ◯ 4 Divorciado ◯ 5 Viudo ◯ 6 Se ignora ◯ 9

7. RESIDENCIA HABITUAL: (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido):
Calle, número y colonia
7.1 Localidad
7.2 Municipio o Delegación
7.3 Entidad Federativa

8. OCUPACIÓN HABITUAL
Ejem. Albañil, Dentista, Mecánico de autos, etc.

9. ESCOLARIDAD:
Ninguna ◯ 1 Menores de 3 años de primaria ◯ 2 3 a 5 años de primaria ◯ 3 Primaria completa ◯ 4
Secundaria o equivalente ◯ 5 Preparatoria o equivalente ◯ 6 Profesional ◯ 7 Se ignora ◯ 9

10. DERECHOHABIENTE:
Ninguna ◯ 1 IMSS ◯ 2 ISSSTE ◯ 3 PEMEX ◯ 4
Fuerzas Armadas ◯ 5 Otra ◯ 6 Se ignora ◯ 9

11. NOMBRES:
Del Padre
De la Madre
Del Cónyuge

DE LA DEFUNCIÓN

12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:
Calle, número y colonia
12.1 Municipio o Delegación
12.2 Entidad Federativa

13. SITIO:
Unidad médica: Pública ◯ 1 Privada ◯ 2 Otro ◯ 4
Hogar ◯ 3

14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
Día | Mes | Año | Hora

15. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD?
Sí ◯ 1 No ◯ 2

16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

Anote una sola causa en cada renglón. No quiere decirse con esto el modo de morir -Ejemplo: debilidad cardíaca, estenia, etc.-; significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

PARTE I
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debido a (o como consecuencia de)

Causas, antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada. Debe mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental

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 estados morbosos informados en a), b), c) o d)

17. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE AL SEXO FEMENINO, ESPECIFIQUE SI ESTUVO EMBARAZADA O EN EL PUERPERIO DURANTE:
17.1 Los 42 días antes de la muerte ◯ 1 Los 11 meses antes de la muerte ◯ 2
17.2 ¿Las causas tuvieron relación o fueron consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ◯ 1 No ◯ 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE:
18.1 Fue un presunto: Accidente ◯ 1 Homicidio ◯ 2 Suicidio ◯ 3 Se ignora ◯ 9
18.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ◯ 1 No ◯ 2
18.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Hogar ◯ 1 Trabajo ◯ 2 Vía pública ◯ 3 Edificio público ◯ 4 Centro de recreo ◯ 5 Otro ◯ 6
18.4 La defunción fue registrada en el ministerio público con el acta núm.
18.5 ¿Se practicó necropsia? Sí ◯ 1 No ◯ 2
18.6 Autoridad que ordenó la necropsia
18.7 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos que dieron origen a la lesión:

DEL CERTIFICANTE

19. CERTIFICADA POR:
Médico tratante ◯ 1 Otro médico ◯ 2
Médico legista ◯ 3 No médico ◯ 4

19.1 Si el certificante es médico:
Cédula de la DGP
Núm.

19.2 Si el certificante no es médico:
Persona autorizada por SSA ◯ 1 Autoridad civil ◯ 2 Otro ◯ 3

19.3 Nombre y firma del certificante
Nombre y firma

19.4 Domicilio y teléfono del certificante

DEL INF.

20. NOMBRE DEL INFORMANTE:

20.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO:

DEL REGISTRO CIVIL

21. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA 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
23. Clave | C.U.R.P.
22.4 Día | Mes | Año

R2	9 Día Mes Año 14
R3	15
R4	16 16
R5	19
R6	20
R7.3	21 22
R7.2	23 25
R7.1	26 29
R8	30 31
R9	32
R10	33 34
R12.2	35 36
R12.1	37 39
R13	40
R14	41 Día Mes Año 46
R15	47
R16	48 51
R17.1	52
R17.2	53
R18.1	54
R18.2	55
R18.3	56
R18.5	57
R19	58
R19.2	59
R21.1	60 63
R22.3	64 65
R22.2	66 68
R22.1	69 72
R22.4	73 Día Mes Año 78

IMPRESO EN LOS TALLERES GRAFICOS DEL INEGI