



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
GEOGRÁFICA E INFORMÁTICA

CERTIFICADO DE DEFUNCION

MODELO 1994

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, LEANSE LAS INSTRUCCIONES ANOTADAS EN EL REVERSO.

		1. NOMBRE DEL FALLECIDO:		2. FECHA DE NACIMIENTO:		FOLIO DE CAPTURA	
DEL FALLECIDO	NOMBRE(S)		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DIA MES AÑO		D2 9 DIA MES AÑO 14
	3. SEXO: MASCULINO <input type="radio"/> 1 FEMENINO <input type="radio"/> 2 SE IGNORA <input type="radio"/> 3		4. EDAD CUMPLIDA: AÑOS SI ERA MENOR DE UN AÑO, ESCRIBA SI SE TRATA DE: MESES DIAS HORAS SE IGNORA		5. NACIONALIDAD: MEXICANA <input type="radio"/> 1 OTRA <input type="radio"/> 2 ESPECIFIQUE		D3 15
	6. ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="radio"/> 1 CASADO <input type="radio"/> 2 UNION 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"/> 8						D4 18 16
	7. RESIDENCIA HABITUAL (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVIA EL FALLECIDO): 7.1 LOCALIDAD 7.2 CALLE, NUMERO Y COLONIA 7.3 LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA						D5 10 D6 20 D7.3 21 22 D7.2 23 25 D7.1 28 29
	8. OCUPACION HABITUAL: EJEMPLO: ALBAÑIL, DENTISTA, MECANICO DE AUTOS, ETC.			9. ESCOLARIDAD: NINGUNA <input type="radio"/> 1 MENOS DE 3 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 2 3 A 5 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			D8 30 31
	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"/> 8			11. NOMBRES: DEL PADRE DE LA MADRE DEL CONYUGE			D9 32 D10 33 34
	12. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE AL SEXO FEMENINO Y SE ENCUENTRA EN EL GRUPO DE EDAD DE 10 A 54 AÑOS, ANOTAR SI ESTUVO EMBARAZADA DURANTE LOS 42 DIAS ANTES DE LA MUERTE: SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2						D11 35
	13. 12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION: 12.1 CALLE, NUMERO Y COLONIA 12.2 LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA						D12 36 37 D13 38 40
	14. SITIO: UNIDAD MEDICA <input type="radio"/> 1 HOGAR <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3		15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION: DIA MES AÑO HORA		16. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		D14 41 D15 42 DIA MES AÑO 47
	DE LA DEFUNCION	17. CAUSAS DE LA DEFUNCION: PARTE I ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE CAUSAS ANTERIORES O ESTADOS MORBOSOS, SI EXISTIERA ALGUNO, QUE PRODUJERON LA CAUSA ARRIBA CONSIDERADA, MENCIONANDOSE EN ULTIMO LUGAR LA CAUSA BASICA O FUNDAMENTAL.			18. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE		D16 48 D17 49
PARTE II OTROS ESTADOS PATOLOGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PE= O NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADOS MORBOSOS (INFORMADOS EN a), b) o c)					D18 51 D18.2 54 D18.3 55 D18.5 56		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 19.1 FUE PRESUNTO: ACCIDENTE <input type="radio"/> 1 HOMICIDIO <input type="radio"/> 2 SUICIDIO <input type="radio"/> 3 SE IGNORA <input type="radio"/> 4 SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2			19.2 ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?: HOGAR <input type="radio"/> 1 TRABAJO <input type="radio"/> 2 VIA PUBLICA <input type="radio"/> 3 EDIFICIO PUBLICO <input type="radio"/> 4 CENTRO DE RECREO <input type="radio"/> 5 OTRO <input type="radio"/> 6		D19 57	
	19.5 ¿SE PRACTICO NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2			19.6 AUTORIDAD QUE ORDENO LA NECROPSIA: 19.7 DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACION, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS QUE DIERON ORIGEN A LA LESION:		D19.1 58 D19.2 59 D19.3 60 D19.4 61 D19.5 62	
DEL CERTIFICANTE	19. CERTIFICADA POR: MEDICO TRATANTE <input type="radio"/> 1 OTRO MEDICO <input type="radio"/> 2 MEDICO LEGISTA <input type="radio"/> 3 NO MEDICO <input type="radio"/> 4		19.1 SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO: CEDULA DE LA DGP NUM.		19.2 SI EL CERTIFICANTE NO ES MEDICO: PERSONA AUTORIZADA POR SSA <input type="radio"/> 1 AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3		D20 63
	19.3 NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICANTE: NOMBRE Y FIRMA			19.4 DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE:			D21 64
DEL INF.	20. NOMBRE DEL INFORMANTE:			20.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO:			D21.3 65 D21.4 66 D21.5 67
	21. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN L' OFICIA O JUZGADO NUM. DEL REGISTRO CIVIL LIBRO NUM.			21.1 LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO: 21.2 LOCALIDAD 21.3 DELEGACION O MUNICIPIO 21.4 ENTIDAD FEDERATIVA 21.5 DIA MES AÑO 21.2 ACTA NUM. CLAVE G.U.R.P.			D21.6 68 D21.7 69 D21.8 70 D21.9 71 D21.10 72 D21.11 73 D21.12 74

1994

MANTENER EN LOS TALLERES GUBERNATORIALES DEL IINEGI