



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2022

FOLIO

999999999

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

999999999

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O		Persona desconocida <input type="checkbox"/>	
Nombre (s)		Primer Apellido	
Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año	Hombre <input type="checkbox"/> _1 Mujer <input type="checkbox"/> _2 Se ignora <input type="checkbox"/> _99	Entidad federativa o país, si nació en el extranjero	
5. CURP		6. ¿SE LE RECONOCIÓ COMO AFROMEXICANA/O?	7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA ?
		Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2 Se ignora <input type="checkbox"/> _9	Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2 Se ignora <input type="checkbox"/> _9
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		9. NACIONALIDAD	
Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2 ignora <input type="checkbox"/> _9 *Especifique:		Mexicana <input type="checkbox"/> _1 Se ignora <input type="checkbox"/> _9 Otra* <input type="checkbox"/> _2 *Especifique:	
10. EDAD CUMPLIDA		11. SITUACIÓN CONYUGAL	
Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días		Se ignora <input type="checkbox"/> _9	
Para menores de un año Meses Para persona de un año o más Años cumplidos Se ignora <input type="checkbox"/> _9		Soltera/o <input type="checkbox"/> _1 En unión libre <input type="checkbox"/> _4 Casada/o <input type="checkbox"/> _5 Separada/o <input type="checkbox"/> _6 Divorciada/o <input type="checkbox"/> _3 Viuda/o <input type="checkbox"/> _2	
12. RESIDENCIA HABITUAL.		10.1 Folio del Certificado de Nacimiento	
Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o		10.2 Semanas de gestación 10.3 Peso al nacer (gramos)	
12.1 Tipo de vialidad 12.2 Nombre de la vialidad 12.3 Núm. Ext. 12.4 Núm. Int.		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		14. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="checkbox"/> _1 Primaria <input type="checkbox"/> _3 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> _7 Posgrado <input type="checkbox"/> _10 Preescolar <input type="checkbox"/> _12 Secundaria <input type="checkbox"/> _5 Profesional <input type="checkbox"/> _8 Se ignora <input type="checkbox"/> _99		Se ignora <input type="checkbox"/> _99 14.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2 Se ignora <input type="checkbox"/> _9	
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		15.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna <input type="checkbox"/> _1 ISSSTE <input type="checkbox"/> _3 SEDENA <input type="checkbox"/> _5 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> _10 ISSFAM <input type="checkbox"/> _11 Se ignora <input type="checkbox"/> _99 IMSS <input type="checkbox"/> _2 PEMEX <input type="checkbox"/> _4 SEMAR <input type="checkbox"/> _6 Otra* <input type="checkbox"/> _8 *Especifique:			
16. NOMBRE		17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDA/O	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE			
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		19.1 Nombre de la unidad médica	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> _1 ISSSTE <input type="checkbox"/> _4 SEMAR <input type="checkbox"/> _7 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> _2 PEMEX <input type="checkbox"/> _5 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> _8 IMSS <input type="checkbox"/> _3 SEDENA <input type="checkbox"/> _6 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> _9		Vía pública <input type="checkbox"/> _10 Otro lugar <input type="checkbox"/> _12 Hogar <input type="checkbox"/> _11 Se ignora <input type="checkbox"/> _99	
19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		20.10 Entidad federativa	
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			
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2 Se ignora <input type="checkbox"/> _9	
23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?	
Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2 Se ignora <input type="checkbox"/> _9		Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2 Se ignora <input type="checkbox"/> _9	
23.1 Fecha de cirugía 23.2 Motivo de cirugía			
25. TIPO DE DEFUNCIÓN		26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
Enfermedad <input type="checkbox"/> _4 Accidente <input type="checkbox"/> _1 Agresión <input type="checkbox"/> _2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="checkbox"/> _3 Intervención legal <input type="checkbox"/> _5 Se ignora <input type="checkbox"/> _9		Intervención legal <input type="checkbox"/> _5 Se ignora <input type="checkbox"/> _9	
26.1 Tipo de vialidad 26.2 Nombre de la vialidad 26.3 Núm. Ext. 26.4 Núm. Int.		26.5 Tipo de asentamiento humano 26.6 Nombre del asentamiento humano 26.7 Código Postal	
26.8 Localidad 26.9 Municipio o Alcaldía 26.10 Entidad federativa			
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2 Se ignora <input type="checkbox"/> _9		28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> _1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> _4 El parto <input type="checkbox"/> _2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input type="checkbox"/> _5 El puerperio <input type="checkbox"/> _3	
27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación?		28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2		Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2	
28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		29. ¿LA (EL) FALLECIDA/O PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA?	
Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2		Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2	
29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos?		30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2		Código CIE	
31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?		30.1 CÓDIGO ADICIONAL	
Sí <input type="checkbox"/> _1 No <input type="checkbox"/> _2 Se ignora <input type="checkbox"/> _9			
32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)		33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:	
Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> _4 (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> _7 Granja <input type="checkbox"/> _7 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> _5 Otro <input type="checkbox"/> _8 Vivienda particular <input type="checkbox"/> _0 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> _2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> _6 Se ignora <input type="checkbox"/> _9 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> _1 Área deportiva <input type="checkbox"/> _3		Investigación pendiente <input type="checkbox"/> _1 No puede determinarse <input type="checkbox"/> _2	
34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO/A AGRESOR/A OR CON LA (EL) FALLECIDA/O		35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO):	
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	
37. CERTIFICADA POR		38. NOMBRE	
Médica/o tratante <input type="checkbox"/> _1 Médica/o legista <input type="checkbox"/> _2 Otra/o médica/o* <input type="checkbox"/> _3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> _4 Autoridad Civil* <input type="checkbox"/> _5 Otro* <input type="checkbox"/> _8 *Especifique:		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICA/O		40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE	
Número de la cédula profesional			
41. DOMICILIO Y TELÉFONO		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
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		Día Mes Año	
41.6 Nombre del asentamiento humano 41.7 Código Postal 41.8 Localidad			
41.9 Municipio o Alcaldía 41.10 Entidad federativa 41.11 Teléfono			
43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		44. LUGAR DE REGISTRO	
Núm. Núm. Libro Núm. Acta		44.1 Localidad 44.2 Municipio o Alcaldía 44.3 Entidad federativa	
45. FECHA DE REGISTRO			
Día Mes Año			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por una (un) médica/o, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la (del) fallecida/o, sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la (del) fallecida/o. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligada/o a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05/03/2016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 99992010.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O.** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecida/o sea una (un) recién nacida/o sin Acta de Nacimiento, escribir "Recién Nacida/o" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecida/o. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
- ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se autoreconocía como afroamericana/o.
- ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se reconocía como indígena de acuerdo a su cultura.
- ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que la (el) fallecida/o vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9999. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad. Para menores de 28 días de nacido/a: 10.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9 recuadros. 10.2 Anote las semanas de gestación y 10.3 Anote el peso al nacer en gramos.
- SITUACIÓN CONYUGAL.** Situación de la (del) fallecida/o de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero/a".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecida/o. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidas/os de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (del) fallecida/o y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera/o, maestra/o, etc. En 14.1 marque la opción "Sí" cuando la (el) fallecida/o contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la (el) fallecida/o se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, jubilada/o, rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliada/o la (el) fallecida/o. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la (el) fallecida/o no tenía afiliación a servicios de salud.
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, revisar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 1709.
- ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, avise inmediatamente a la autoridad civil.
- TIPO DE DEFUNCIÓN.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la defunción, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la defunción, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

27. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción.	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada.	a) Peritonitis aguda Debido a (o como consecuencia de)	2 días	
	b) Perforación del duodeno Debido a (o como consecuencia de)	4 días	
	c) Úlcera duodenal Debido a (o como consecuencia de)	3 años	
	d)		
PARTE II. Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción. Hipertensión arterial 5 años (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)			

- ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 28.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 28.2 y 28.3.
- LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
- RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTA/O AGRESORA/OR CON EL (LA) FALLECIDA/O.** Anote la relación que tenía el presunto/a agresora/or con la (el) fallecida/o. Si la defunción es un presunto homicidio, escriba el parentesco con la (el) fallecida/o de la (del) presunto/a responsable, ejemplo: esposa/o, padre, madre, concubina/o. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA CAUSA EXTERNA.** Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellada/o por un autobús al cruzar la avenida.
- DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique el nombre de la carretera y el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que la (lo) identifique. En el caso de ser una (un) médica/o pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicas/os, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número. REG: Registro. CURP: Clave Única de Registro de Población