



Cuaderno de Defunciones

FORMA	PEC-6-15
MODELO	2009
FOLIO	

01

Información incluida en el cuaderno

Datos de identificación de la Agencia del Ministerio Público

Mes

Entidad federativa

Año

Municipio o delegación

Agencia del Ministerio Público número

DISPOSICIONES DE LA LEY DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA

ES OBLIGATORIO DAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE CUESTIONARIO

ARTÍCULO 45. Los Informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas.

LAS ACCIONES QUE OBSTACULICEN EL LEVANTAMIENTO DE LAS ESTADÍSTICAS CONSTITUYEN INFRACCIONES A LA LEY DE LA MATERIA Y DARÁN LUGAR A CONSIDERARSE COMO FALTA ADMINISTRATIVA

ARTÍCULO 103. Cometen infracciones a lo dispuesto por esta Ley, quienes en calidad de Informantes del Sistema:

- I. Se nieguen a proporcionar datos (...), dentro del plazo que se les hubiere señalado;
- II. Suministren datos falsos, incompletos o incongruentes;

ARTÍCULO 104. Son infracciones imputables a los servidores públicos del Instituto o a los servidores públicos de las Unidades las siguientes:

IV. La participación deliberada en cualquier acto u omisión que entorpezca el desarrollo normal de los levantamientos censales o de los procesos de generación de Información;

EL INFORMANTE PUEDE PEDIR LA RECTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA

ARTÍCULO 41. Los Informantes del Sistema, en su caso, podrán exigir que sean rectificadas los datos que les conciernan, para lo cual deberán demostrar que son inexactos, incompletos o equívocos.

Quando proceda, deberá entregarse al Informante del Sistema, un documento en donde se certifique el registro de la modificación o corrección. Las solicitudes correspondientes se presentarán ante la misma autoridad que captó la información.

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA SERÁ UTILIZADA CONFORME AL PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD

ARTÍCULO 37. Los datos que proporcionen para fines estadísticos los Informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico.

El Instituto no deberá proporcionar a persona alguna, los datos a que se refiere este artículo para fines fiscales, judiciales, administrativos o de cualquier otra índole.

ARTÍCULO 38. Los datos e informes que los Informantes del Sistema proporcionen para fines estadísticos y que provengan de registros administrativos, serán manejados observando los principios de confidencialidad y reserva, por lo que no podrán divulgarse en ningún caso en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad judicial o administrativa, incluyendo la fiscal, en juicio o fuera de él.

ESTA INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA A TRAVÉS DE LAS PUBLICACIONES Y LOS SISTEMAS DE CONSULTA QUE DEFINA EL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA

ARTÍCULO 4. El Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica tendrá como objetivos:

- II. Difundir oportunamente la Información a través de mecanismos que faciliten su consulta;

AUTORIZACIÓN DEL INFORMANTE

SELO
DE LA AGENCIA DEL
MINISTERIO PÚBLICO

Nombre y firma del responsable de la Agencia del Ministerio Público

INSTRUCCIONES GENERALES DE LLENADO

1. Llene las formas estadísticas de manera simultánea al levantamiento del certificado.
2. Utilice letra de molde clara y legible en el llenado de las formas.
3. Anote en el espacio correspondiente los datos requeridos, marque una sola opción.
4. Al registrar los datos no abrevie.
5. No llene los espacios sombreados que corresponden a clave.
6. En el caso de certificados cancelados, anote en la portada el(los) número(s) faltante(s).

DATOS DEL FALLECIDO

4. **EDAD.** Escriba la edad del fallecido **en años cumplidos**. Si es menor de un año anote el número de meses: si es menor de un mes anote el número de días; si es menor de un día anote el número de horas; para el caso de recién nacidos que viven menos de una hora anote 00 horas.
6. **RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde tuvo su domicilio de manera permanente el fallecido, señalando la entidad federativa, el municipio o delegación, el nombre de la localidad y la categoría política que tiene.
No anote el nombre de calles ni número de la casa.

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

7. **FECHA DE LA DEFUNCIÓN.** Escriba con números arábigos el día, mes y año en que ocurrió la defunción.

8. **LUGAR GEOGRÁFICO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN.** Escriba el lugar donde ocurrió el deceso, señalando la entidad federativa, el municipio o delegación, el nombre de la localidad y la categoría política que tiene.

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

10. **CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN.** Escriba las causas de la defunción en forma completa y clara en el mismo orden en que son presentadas en el Certificado de Defunción, no olvidando anotar también el intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte.

DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

Todos los datos que se refieren a las causas de la defunción, cópielos textualmente del certificado.

- 11, 12 Y 13. **DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES.** Marque con "X" las circunstancias de la muerte, el sitio donde ocurrió y anote el agente externo que lo produjo. No llene estos datos para los casos de las defunciones que no sean producto de accidente o violencia.

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14. **ESCOLARIDAD.** Anote sólo una respuesta según el nivel máximo de instrucción alcanzado por el fallecido.

- **Sin escolaridad.** Si no cursó ningún grado escolar.
- **Primaria.** Anote el número de años aprobados por el fallecido.
- **Secundaria o equivalente.** Si cursó algún año de secundaria o alguna carrera técnica después de la primaria como: secretaría, auxiliar de contador, etcétera.
- **Preparatoria o equivalente.** Si cursó algún año de preparatoria, vocacional, bachillerato o alguna carrera técnica después de la secundaria, como: técnico dental, programador, enfermera, perforista, normal, etcétera.
- **Profesional.** Si cursó cuando menos algún año de estudios de una carrera o profesión de nivel licenciatura.
- **Se ignora.** Si se desconoce el nivel máximo de instrucción.

15. **CONDICIÓN DE ACTIVIDAD.**

- **Trabajaba.** Si la persona trabajaba por un ingreso o si trabajaba ayudando a un familiar, o como aprendiz sin recibir ningún ingreso.
- **No trabaja.** Si sólo se dedicaba a labores del hogar, a estudiar, si sólo era rentista, jubilado o pensionado.

16. **POSICIÓN EN EL TRABAJO.** Sólo si trabajaba. Marque con "X" la situación o categoría que el fallecido tenía en su trabajo.

- **Empleado.** Si trabajaba a cambio de un sueldo, prestando sus servicios en una institución, empresa, etcétera.
- **Obrero o peón.** Si trabajaba a cambio de un sueldo o salario en una actividad predominantemente manual, prestando sus servicios a un patrón, empresa, rancho, etcétera.
- **Patrón o empresario.** Si la persona trabajaba sola o asociada en una fábrica, taller, empresa o negocio de su propiedad, en la que empleaba una o mas personas por un sueldo o salario.
- **Miembro de una cooperativa de producción.** Si la persona trabajaba en una propiedad comunal o cooperativa de producción de la cual era miembro y recibía una participación. No registre a los miembros de cooperativas de consumo.
- **Trabajador por cuenta propia.** Si la persona trabajaba sola o asociada en su propio negocio o ejercía una profesión u oficio sin emplear a alguna persona mediante pago o remuneración, aún cuando pudo emplear a trabajadores, familiares o aprendices sin pago de ninguna especie.
- **Trabajador no remunerado.** Si la persona no recibía ningún tipo de ingreso a cambio de su trabajo.
- **Se ignora.** Si se desconoce la posición en el trabajo de la persona fallecida.

DATOS DEL LIBRO

Folio del certificado SSA _____ 1. Fecha de registro _____ 2. Número de averiguación previa _____

_____ Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre _____

3. Sexo _____ 1 Hombre _____ 2 Mujer _____ 0 Se ignora _____

4. Edad _____ Si es menor de un año _____ Meses _____ Si es menor de un mes _____ Días _____ Si es menor de un día _____ Horas _____

5. Estado civil _____ 1 Soltero _____ 2 Casado _____ 3 Unión libre _____ 4 Separado _____ 5 Divorciado _____ 6 Viudo _____ 0 Se ignora _____

6. Residencia habitual _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

7. Fecha de la defunción _____ Día _____ Mes _____ Año _____

8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

9. Certificación de la defunción _____ 1 Si _____ ¿Quién la certificó? _____ 1 Un médico _____ 2 Otra persona _____ 2 No _____

La defunción fue o no certificada _____

10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
PARTE I	A Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	
	B Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte	
	C Otro estado patológico anterior relacionado con la enfermedad que produjo la muerte	
PARTE II	Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica	

DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11. Fue un presunto _____ 12. Agente externo que lo produjo _____

1 Accidente _____ 2 Homicidio _____ 3 Suicidio _____ 4 Se ignora _____

13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte _____ 1 Hogar _____ 2 Trabajo _____ 3 Vía pública _____ 4 Otro _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14. Escolaridad _____ Sin escolaridad _____ 0 Primaria _____ 7 Secundaria o equivalente _____ 8 Preparatoria o equivalente _____ 9 Profesional _____ 10 Se ignora _____

15. Condición de actividad _____ 1 Trabaja _____ 2 No trabaja _____

16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba) _____ 1 Empleado _____ 2 Obrero o peón _____ 3 Patrón o empresario _____ 4 Miembro de una cooperativa de producción _____ 5 Trabajador por cuenta propia _____ 6 Trabajador no remunerado _____ 0 Se ignora _____

DATOS DEL LIBRO

Folio del certificado SSA _____ 1. Fecha de registro _____ 2. Número de averiguación previa _____

_____ Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre _____

3. Sexo _____ 1 Hombre _____ 2 Mujer _____ 0 Se ignora _____

4. Edad _____ Si es menor de un año _____ Meses _____ Si es menor de un mes _____ Días _____ Si es menor de un día _____ Horas _____

5. Estado civil _____ 1 Soltero _____ 2 Casado _____ 3 Unión libre _____ 4 Separado _____ 5 Divorciado _____ 6 Viudo _____ 0 Se ignora _____

6. Residencia habitual _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

7. Fecha de la defunción _____ Día _____ Mes _____ Año _____

8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

9. Certificación de la defunción _____ 1 Si _____ ¿Quién la certificó? _____ 1 Un médico _____ 2 Otra persona _____ 2 No _____

La defunción fue o no certificada _____

10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
PARTE I	A Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	
	B Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte	
	C Otro estado patológico anterior relacionado con la enfermedad que produjo la muerte	
PARTE II	Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica	

DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11. Fue un presunto _____ 12. Agente externo que lo produjo _____

1 Accidente _____ 2 Homicidio _____ 3 Suicidio _____ 4 Se ignora _____

13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte _____ 1 Hogar _____ 2 Trabajo _____ 3 Vía pública _____ 4 Otro _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14. Escolaridad _____ Sin escolaridad _____ 0 Primaria _____ 7 Secundaria o equivalente _____ 8 Preparatoria o equivalente _____ 9 Profesional _____ 10 Se ignora _____

15. Condición de actividad _____ 1 Trabaja _____ 2 No trabaja _____

16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba) _____ 1 Empleado _____ 2 Obrero o peón _____ 3 Patrón o empresario _____ 4 Miembro de una cooperativa de producción _____ 5 Trabajador por cuenta propia _____ 6 Trabajador no remunerado _____ 0 Se ignora _____

DATOS DEL LIBRO

Folio del certificado SSA _____ 1. Fecha de registro _____ 2. Número de averiguación previa _____

_____ Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre _____

3. Sexo _____ 1 Hombre _____ 2 Mujer _____ 0 Se ignora _____

4. Edad _____ Si es menor de un año _____ Meses _____ Si es menor de un mes _____ Días _____ Si es menor de un día _____ Horas _____

5. Estado civil _____ 1 Soltero _____ 2 Casado _____ 3 Unión libre _____ 4 Separado _____ 5 Divorciado _____ 6 Viudo _____ 0 Se ignora _____

6. Residencia habitual _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

7. Fecha de la defunción _____ Día _____ Mes _____ Año _____

8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

9. Certificación de la defunción _____ 1 Si _____ ¿Quién la certificó? _____ 1 Un médico _____ 2 Otra persona _____

La defunción fue o no certificada _____

PARTE I		10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
A	Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente			
B	Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte			
C	Otro estado patológico anterior relacionado con la enfermedad que produjo la muerte			
PARTE II	Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica			

DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11. Fue un presunto _____ 12. Agente externo que lo produjo _____

1 Accidente _____ 2 Homicidio _____ 3 Suicidio _____ 4 Se ignora _____

13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte _____ 1 Hogar _____ 2 Trabajo _____ 3 Vía pública _____ 4 Otro _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14. Escolaridad _____ Sin escolaridad _____ 0 Primaria _____ 7 Secundaria o equivalente _____ 8 Preparatoria o equivalente _____ 9 Profesional _____ 10 Se ignora _____

15. Condición de actividad _____ 1 Trabaja _____ 2 No trabaja _____

16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba) _____ 1 Empleado _____ 2 Obrero o peón _____ 3 Patrón o empresario _____ 4 Miembro de una cooperativa de producción _____ 5 Trabajador por cuenta propia _____ 6 Trabajador no remunerado _____ 0 Se ignora _____

DATOS DEL LIBRO

Folio del certificado SSA _____ 1. Fecha de registro _____ 2. Número de averiguación previa _____

_____ Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre _____

3. Sexo _____ 1 Hombre _____ 2 Mujer _____ 0 Se ignora _____

4. Edad _____ Si es menor de un año _____ Si es menor de un mes _____ Si es menor de un día _____ Horas _____

5. Estado civil _____ 1 Soltero _____ 2 Casado _____ 3 Unión libre _____ 4 Separado _____ 5 Divorciado _____ 6 Viudo _____ 0 Se ignora _____

6. Residencia habitual _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

7. Fecha de la defunción _____ Día _____ Mes _____ Año _____

8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

9. Certificación de la defunción _____ 1 Si _____ ¿Quién la certificó? 1 Un médico _____ 2 Otra persona _____

La defunción fue o no certificada _____

10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
PARTE I	A Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	
	B Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte	
	C Otro estado patológico anterior relacionado con la enfermedad que produjo la muerte	
PARTE II	Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica	

DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTES O ACCIDENTALES

11. Fue un presunto _____ 12. Agente externo que lo produjo _____

1 Accidente _____ 2 Homicidio _____ 3 Suicidio _____ 4 Se ignora _____

13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte _____ 1 Hogar _____ 2 Trabajo _____ 3 Vía pública _____ 4 Otro _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14. Escolaridad _____ Sin escolaridad _____ 0 Primaria _____ 7 Secundaria o equivalente _____ 8 Preparatoria o equivalente _____ 9 Profesional _____ 10 Se ignora _____

15. Condición de actividad _____ 1 Trabaja _____ 2 No trabaja _____

16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba) _____ 1 Empleado _____ 2 Obrero o peón _____ 3 Patrón o empresario _____ 4 Miembro de una cooperativa de producción _____ 5 Trabajador por cuenta propia _____ 6 Trabajador no remunerado _____ 0 Se ignora _____

DATOS DEL LIBRO

Folio del certificado SSA _____ 1. Fecha de registro _____ 2. Número de averiguación previa _____

_____ Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre _____

3. Sexo _____ 1 Hombre _____ 2 Mujer _____ 0 Se ignora _____

4. Edad _____ Si es menor de un año _____ Si es menor de un mes _____ Si es menor de un día _____

5. Estado civil _____ 1 Soltero _____ 2 Casado _____ 3 Unión libre _____ 4 Separado _____ 5 Divorciado _____ 6 Viudo _____ 0 Se ignora _____

6. Residencia habitual _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

7. Fecha de la defunción _____ Día _____ Mes _____ Año _____

8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

9. Certificación de la defunción _____ 1 Si _____ ¿Quién la certificó? 1 Un médico _____ 2 Otra persona _____

La defunción fue o no certificada _____

10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
PARTE I	A Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	
	B Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte	
	C Otro estado patológico anterior relacionado con la enfermedad que produjo la muerte	
PARTE II	Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica	

DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11. Fue un presunto _____ 12. Agente externo que lo produjo _____

1 Accidente _____ 2 Homicidio _____ 3 Suicidio _____ 4 Se ignora _____

13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte _____ 1 Hogar _____ 2 Trabajo _____ 3 Vía pública _____ 4 Otro _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14. Escolaridad _____ Sin escolaridad _____ 0 Primaria _____ 7 Secundaria o equivalente _____ 8 Preparatoria o equivalente _____ 9 Profesional _____ 10 Se ignora _____

15. Condición de actividad _____ 1 Trabaja _____ 2 No trabaja _____

16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba) _____ 1 Empleado _____ 2 Obrero o peón _____ 3 Patrón o empresario _____ 4 Miembro de una cooperativa de producción _____ 5 Trabajador por cuenta propia _____ 6 Trabajador no remunerado _____ 0 Se ignora _____

DATOS DEL LIBRO

Folio del certificado SSA _____ 1. Fecha de registro _____ 2. Número de averiguación previa _____

_____ Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre _____

3. Sexo _____ 1 Hombre _____ 2 Mujer _____ 0 Se ignora _____

4. Edad _____ Si es menor de un año _____ Meses _____ Si es menor de un mes _____ Días _____ Si es menor de un día _____ Horas _____

5. Estado civil _____ 1 Soltero _____ 2 Casado _____ 3 Unión libre _____ 4 Separado _____ 5 Divorciado _____ 6 Viudo _____ 0 Se ignora _____

6. Residencia habitual _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

7. Fecha de la defunción _____ Día _____ Mes _____ Año _____

8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

9. Certificación de la defunción _____ 1 Si _____ ¿Quién la certificó? _____ 1 Un médico _____ 2 Otra persona _____

La defunción fue o no certificada _____

10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
PARTE I	A	Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente
	B	Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte
	C	Otro estado patológico anterior relacionado con la enfermedad que produjo la muerte
PARTE II	Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica	

DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11. Fue un presunto _____ 12. Agente externo que lo produjo _____

1 Accidente _____ 2 Homicidio _____ 3 Suicidio _____ 4 Se ignora _____

13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte _____ 1 Hogar _____ 2 Trabajo _____ 3 Vía pública _____ 4 Otro _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14. Escolaridad _____ Sin escolaridad _____ 0 Primaria _____ 7 Secundaria o equivalente _____ 8 Preparatoria o equivalente _____ 9 Profesional _____ 10 Se ignora _____

15. Condición de actividad _____ 1 Trabaja _____ 2 No trabaja _____

16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba) _____ 1 Empleado _____ 2 Obrero o peón _____ 3 Patrón o empresario _____ 4 Miembro de una cooperativa de producción _____ 5 Trabajador por cuenta propia _____ 6 Trabajador no remunerado _____ 0 Se ignora _____

DATOS DEL LIBRO

Folio del certificado SSA _____ 1. Fecha de registro _____ 2. Número de averiguación previa _____

_____ Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre _____

3. Sexo _____ 1 Hombre _____ 2 Mujer _____ 0 Se ignora _____

4. Edad _____ Si es menor de un año _____ Meses _____ Si es menor de un mes _____ Días _____ Si es menor de un día _____ Horas _____

5. Estado civil _____ 1 Soltero _____ 2 Casado _____ 3 Unión libre _____ 4 Separado _____ 5 Divorciado _____ 6 Viudo _____ 0 Se ignora _____

6. Residencia habitual _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

7. Fecha de la defunción _____ Día _____ Mes _____ Año _____

8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción _____

Entidad federativa _____

Municipio o delegación _____

Localidad _____

9. Certificación de la defunción _____ 1 Si _____ ¿Quién la certificó? 1 Un médico _____ 2 Otra persona _____

La defunción fue o no certificada _____

10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
PARTE I	A Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	
	B Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte	
	C Otro estado patológico anterior relacionado con la enfermedad que produjo la muerte	
PARTE II	Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica	

DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11. Fue un presunto _____ 12. Agente externo que lo produjo _____

1 Accidente _____ 2 Homicidio _____ 3 Suicidio _____ 4 Se ignora _____

13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte _____ 1 Hogar _____ 2 Trabajo _____ 3 Vía pública _____ 4 Otro _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14. Escolaridad _____ Sin escolaridad _____ 0 Primaria _____ 7 Secundaria o equivalente _____ 8 Preparatoria o equivalente _____ 9 Profesional _____ 10 Se ignora _____

15. Condición de actividad _____ 1 Trabaja _____ 2 No trabaja _____

16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba) _____ 1 Empleado _____ 2 Obrero o peón _____ 3 Patrón o empresario _____ 4 Miembro de una cooperativa de producción _____ 5 Trabajador por cuenta propia _____ 6 Trabajador no remunerado _____ 0 Se ignora _____

DR © 2010, **Instituto Nacional de Estadística
y Geografía**

Edificio Sede
Av. Héroe de Nacozari Sur Núm. 2301
Fracc. Jardines del Parque, CP 20276
Aguascalientes, Ags.

www.inegi.org.mx
atencion.usuarios@inegi.org.mx

**Cuaderno de Defunciones
Forma PEC-6-15**

Impreso en México

Esta publicación consta de 2000 ejemplares y se terminó de imprimir en abril de 2010 en los talleres gráficos del **Instituto Nacional de Estadística y Geografía**
Av. Héroe de Nacozari Sur Núm. 2301 Puerta 11, Nivel Acceso
Fracc. Jardines del Parque, CP 20276
Aguascalientes, Ags.
México

