



INSTITUTO NACIONAL  
DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

## Cuaderno de Defunciones

FORMA	PEC-6-15
MODELO	2009
FOLIO	

Clave de la fuente

0	1																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datos de identificación de la Agencia del Ministerio Público

Entidad federativa \_\_\_\_\_

Municipio o delegación \_\_\_\_\_

Agencia del Ministerio Público número \_\_\_\_\_

Información incluida en el cuaderno

Mes \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Total de formas estadísticas llenas \_\_\_\_\_

Número de certificados cancelados

### DIPOSICIONES 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:

- Se nieguen a proporcionar datos (...), dentro del plazo que se les hubiere señalado;
- 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.

Cuando 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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la Agencia del Ministerio Público

SELLO  
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.

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

### DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

- 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: secretaria, 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 _____	
DATOS DEL FALLECIDO		Nombre _____					
		3. Sexo      1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/>					
		4. Edad <input type="text"/> Años      Si es menor de un año <input type="text"/> Meses      Si es menor de un mes <input type="text"/> Días      Si es menor de un día <input type="text"/> Horas					
		5. Estado civil    1 Soltero <input type="radio"/> 2 Casado <input type="radio"/> 3 Unión libre <input type="radio"/> 4 Separado <input type="radio"/> 5 Divorciado <input type="radio"/> 6 Viudo <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/>					
DATOS DE LA DEFUNCIÓN		6. Residencia habitual					
		Entidad federativa _____					
		Municipio o delegación _____					
DATOS DE LA DEFUNCIÓN		7. Fecha de la defunción      Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>					
		8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción					
		Entidad federativa _____					
		Municipio o delegación _____					
DATOS DE LA DEFUNCIÓN		9. Certificación de la defunción					
		1 Si <input type="radio"/> ¿Quién la certificó?    1 Un médico <input type="radio"/> 2 Otra persona <input type="radio"/>					
		La defunción fue o no certificada    2 No <input type="radio"/>					
10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN							
PARTE I		A Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente					Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
PARTE I		B Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte					
PARTE I		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					
DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES		12. Agente externo que lo produjo					
DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES		13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte					
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO		14. Escolaridad					
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO		15. Condición de actividad					
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO		16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba)					

DATOS DEL LIBRO		Folio del certificado SSA _____		1. Fecha de registro		2. Número de averiguación previa _____	
DATOS DEL FALLECIDO		Nombre _____					
		3. Sexo      1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/>					
		4. Edad <input type="text"/> Años      Si es menor de un año <input type="text"/> Meses      Si es menor de un mes <input type="text"/> Días      Si es menor de un día <input type="text"/> Horas					
		5. Estado civil    1 Soltero <input type="radio"/> 2 Casado <input type="radio"/> 3 Unión libre <input type="radio"/> 4 Separado <input type="radio"/> 5 Divorciado <input type="radio"/> 6 Viudo <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/>					
		6. Residencia habitual					
		Entidad federativa _____					
		Municipio o delegación _____					
DATOS DE LA DEFUNCIÓN		7. Fecha de la defunción      Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>					
		8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción					
		Entidad federativa _____					
		Municipio o delegación _____					
		9. Certificación de la defunción      1 Sí <input type="radio"/> ¿Quién la certificó?    1 Un médico <input type="radio"/> 2 Otra persona <input type="radio"/>					
		La defunción fue o no certificada      2 No <input type="radio"/>					
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 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 12. Agente externo que lo produjo _____					
		13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte      1 Hogar <input type="radio"/> 2 Trabajo <input type="radio"/> 3 Vía pública <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/>					
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO		14. Escolaridad    Sin escolaridad <input type="radio"/> 0    Primaria <input type="text"/> Años    Secundaria o equivalente <input type="radio"/> 7    Preparatoria o equivalente <input type="radio"/> 8    Profesional <input type="radio"/> 9    Se ignora <input type="radio"/> 10					
		15. Condición de actividad    1 Trabaja <input type="radio"/> 2 No trabaja <input type="radio"/>					
		16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba)    1 Empleado <input type="radio"/> 2 Obrero o peón <input type="radio"/> 3 Patrón o empresario <input type="radio"/> 4 Miembro de una cooperativa de producción <input type="radio"/> 5 Trabajador por cuenta propia <input type="radio"/> 6 Trabajador no remunerado <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/>					



DATOS DEL LIBRO		Folio del certificado SSA _____		1. Fecha de registro		Día		Mes		Año		2. Número de averiguación previa		_____													
DATOS DEL FALLECIDO		Nombre _____																									
		3. Sexo		1 Hombre		2 Mujer		0 Se ignora																			
		4. Edad		Años		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											
DATOS DE LA DEFUNCIÓN		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 _____																									
DATOS DE LA DEFUNCIÓN		Municipio o delegación _____																									
		Localidad _____																									
		9. Certificación de la defunción																									
		1 Si		¿Quién la certificó?		1 Un médico		2 Otra persona																			
DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES		La defunción fue o no certificada																									
		2 No																									
		10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN																									
		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte																									
DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES		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																							
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO		PARTE II																									
		Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica																									
		11. Fue un presunto																									
		1 Accidente		2 Homicidio		3 Suicidio		4 Se ignora																			
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO		12. Agente externo que lo produjo																									
		13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte		1 Hogar		2 Trabajo		3 Vía pública		4 Otro																	
		14. Escolaridad		Sin escolaridad		0		Primaria		Años		Secundaria o equivalente		7		Preparatoria o equivalente		8		Profesional		9		Se ignora		10	
		15. Condición de actividad		1 Trabaja		2 No trabaja																					
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO		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		Día		Mes		Año		2. Número de averiguación previa _____																									
DATOS DEL FALLECIDO		Nombre _____																																			
		3. Sexo		1 Hombre		<input type="radio"/>		2 Mujer		<input type="radio"/>		0 Se ignora <input type="radio"/>																									
		4. Edad		Años		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		<input type="radio"/>		2 Casado		<input type="radio"/>		3 Unión libre		<input type="radio"/>		4 Separado <input type="radio"/>		5 Divorciado <input type="radio"/>		6 Viudo <input type="radio"/>		0 Se ignora <input type="radio"/>															
		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 Sí <input type="radio"/>		¿Quién la certificó?		1 Un médico <input type="radio"/>		2 Otra persona <input type="radio"/>																											
		La defunción fue o no certificada		2 No <input type="radio"/>																																	
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												1 Accidente <input type="radio"/>		2 Homicidio <input type="radio"/>		3 Suicidio <input type="radio"/>		4 Se ignora <input type="radio"/>		12. Agente externo que lo produjo _____															
		13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte												1 Hogar <input type="radio"/>		2 Trabajo <input type="radio"/>		3 Vía pública <input type="radio"/>		4 Otro <input type="radio"/>																	
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO		14. Escolaridad												Sin escolaridad <input type="radio"/>		0 <input type="radio"/>		Primaria <input type="radio"/>		Años		Secundaria o equivalente <input type="radio"/>		7 <input type="radio"/>		Preparatoria o equivalente <input type="radio"/>		8 <input type="radio"/>		Profesional <input type="radio"/>		9 <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>		10 <input type="radio"/>	
		15. Condición de actividad												1 Trabaja <input type="radio"/>		2 No trabaja <input type="radio"/>																					
		16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba)												1 Empleado <input type="radio"/>		2 Obrero o peón <input type="radio"/>		3 Patrón o empresario <input type="radio"/>		4 Miembro de una cooperativa de producción <input type="radio"/>		5 Trabajador por cuenta propia <input type="radio"/>		6 Trabajador no remunerado <input type="radio"/>		0 Se ignora <input type="radio"/>											

<b>DATOS DEL LIBRO</b>	Folio del certificado SSA _____ <b>1. Fecha de registro</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 150px;"> <div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Día</div> <div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Mes</div> <div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Año</div> </div> <b>2. Número de averiguación previa</b> _____		
<b>DATOS DEL FALLECIDO</b>	<b>Nombre</b> _____ <b>3. Sexo</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div>1 Hombre <input type="radio"/></div> <div>2 Mujer <input type="radio"/></div> <div>0 Se ignora <input type="radio"/></div> </div> <b>4. Edad</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Años           </div> <div>             Si es menor de un año  <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses           </div> <div>             Si es menor de un mes  <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Días           </div> <div>             Si es menor de un día  <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Horas           </div> </div>		
	<b>5. Estado civil</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div>1 Soltero <input type="radio"/></div> <div>2 Casado <input type="radio"/></div> <div>3 Unión libre <input type="radio"/></div> <div>4 Separado <input type="radio"/></div> <div>5 Divorciado <input type="radio"/></div> <div>6 Viudo <input type="radio"/></div> <div>0 Se ignora <input type="radio"/></div> </div> <b>6. Residencia habitual</b> Entidad federativa _____ Municipio o delegación _____ Localidad _____		
<b>DATOS DE LA DEFUNCIÓN</b>	<b>7. Fecha de la defunción</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Día</div> <div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Mes</div> <div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Año</div> </div> <b>8. Lugar geográfico donde ocurrió la defunción</b> Entidad federativa _____ Municipio o delegación _____ Localidad _____		
	<b>9. Certificación de la defunción</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div>1 Si <input type="radio"/></div> <div>¿Quién la certificó?</div> <div>1 Un médico <input type="radio"/></div> <div>2 Otra persona <input type="radio"/></div> </div> La defunción fue o no certificada <b>2 No</b> <input type="radio"/>		
<b>10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b>			
			Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
<b>PARTE I</b>	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	
<b>PARTE II</b>	Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica		
<b>DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES</b>	<b>11. Fue un presunto</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div><input type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div>1 Accidente</div> <div>2 Homicidio</div> <div>3 Suicidio</div> <div>4 Se ignora</div> </div> <b>12. Agente externo que lo produjo</b> _____		
	<b>13. Sitio donde ocurrió la lesión que produjo la muerte</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div>1 Hogar <input type="radio"/></div> <div>2 Trabajo <input type="radio"/></div> <div>3 Vía pública <input type="radio"/></div> <div>4 Otro <input type="radio"/></div> </div>		
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO</b>	<b>14. Escolaridad</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div>Sin escolaridad <input type="radio"/></div> <div>0 <input type="radio"/></div> <div>Primaria <input type="radio"/></div> <div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> Años</div> <div>Secundaria o equivalente <input type="radio"/></div> <div>7 <input type="radio"/></div> <div>Preparatoria o equivalente <input type="radio"/></div> <div>8 <input type="radio"/></div> <div>Profesional <input type="radio"/></div> <div>9 <input type="radio"/></div> <div>Se ignora <input type="radio"/></div> <div>10 <input type="radio"/></div> </div> <b>15. Condición de actividad</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div>1 Trabaja <input type="radio"/></div> <div>2 No trabaja <input type="radio"/></div> </div> <b>16. Posición en el trabajo (sólo si trabajaba)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 200px;"> <div>1 Empleado <input type="radio"/></div> <div>2 Obrero o peón <input type="radio"/></div> <div>3 Patrón o empresario <input type="radio"/></div> <div>4 Miembro de una cooperativa de producción <input type="radio"/></div> <div>5 Trabajador por cuenta propia <input type="radio"/></div> <div>6 Trabajador no remunerado <input type="radio"/></div> <div>0 Se ignora <input type="radio"/></div> </div>		







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](http://www.inegi.org.mx)

[atencion.usuarios@inegi.org.mx](mailto: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**