

**SECRETARÍA DE SALUD**  
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS



**SALUD**

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

**SSA-06-005 PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS**

<b>A</b>	DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS ( INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL )	<b>B</b>	TRASLADO DE CADAVERES	<b>C</b>	INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL
<b>D</b>	EXHUMACION PREMATURA	<b>E</b>	EXHUMACION	<b>F</b>	INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

**1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.		
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR		NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD		Nº. LICENCIA SANITARIA
CODIGO POSTAL	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO (S)

**2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO**

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO			R.F.C.		
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR		NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD		Nº. DE CEDULA PROFESIONAL
CODIGO POSTAL	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO (S)

**3.- DISPOSICION DE CADAVERES HUMANOS**

MODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACION
A. INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS	PROCEDENCIA LUGAR DE DESTINO _____	
B. TRASLADO DE CADAVERES	LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C. INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL	PROCEDENCIA O DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D. EXHUMACION PREMATURA	LUGAR DE INHUMACION	MOTIVOS DE LA EXHUMACION Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
E. EXHUMACION	LUGAR DEL DESTINO	
F. INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO	LUGAR DONDE SE REALIZARA	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**4.- DATOS DEL FINADO**

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO			EDAD
SEXO	HORA Y FECHA DE LA DEFUNCION	CAUSA DE LA DEFUNCION	

**5.- DATOS DEL SOLICITANTE**

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		PARENTESCO	FIRMA
DOMICILIO			

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO ( EXCLUSIVAMENTE PARA LA MODALIDAD DEL TRAMITE A INTERNACION O SALIDA )
---------------	---

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE

SSA-06-005

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-480-26-90 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-061-4890, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-3372, O AL TELEFONO 5-523-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.