

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI



160616934

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

160616934

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JOSE DE JESUS IZAGUIRRE SUSTAINA		
	2. CURP IASJ5140930HSP25507		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 2
	6. PESO 54.500 Kilogramos Gramos		7. TALLA 1.69 Metros Centímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO 30/09/1951 Día Mes Año		
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 64		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número ZAFIRO 303 11.2 Colonia SAN JUAN CERRITOS 11.3 Localidad 0001 11.4 Municipio o delegación 008 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) SAN LUIS POTOSI 24		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		
	13. OCUPACIÓN HABITUAL PAÑADERO 99 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
DE LA DEFUNCIÓN	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	14.1 Número de seguridad social o afiliación 4180510361-5 1M19510R		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		
	15.1 Nombre de la unidad médica		
	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
	15.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número ZAFIRO 303 16.2 Colonia SAN JUAN CERRITOS 16.3 Localidad 0001 16.4 Municipio o delegación 008 16.5 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI 24		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 07/06/2016 05:55 Día Mes Año Horas Minutos		
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Debido a (o como consecuencia de) b) DESNUTRICION SEVERA Debido a (o como consecuencia de) c) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA Debido a (o como consecuencia de) d) TUBERCULOSIS PULMONAR PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 HORAS 2 MESES 2 AÑOS 42 DIAS Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		
	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		
DEL INF.	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		
	24. NOMBRE JOSE DE JESUS IZAGUIRRE VAZQUEZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo 02		
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4208541 Número de la cédula profesional		
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE CELIA MARGARITA FABELA VAZQUEZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
	29. TELÉFONO 44 44 168221		
	30. DOMICILIO CARRANZA 34 INT 2 COL. GUADALUPE		
DEL REG. CIVIL	31. FIRMA 		
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 07/06/2016 Día Mes Año		
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Cerritos 008 S.L.P. 24/06/2016			