



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

160616934

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI  
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN LA

160616934

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	JOSE DE JESUS IZAGUIRRE SUSTAÑA		
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
	2. CURP	IASJ510930HSP25507	Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO 54.500 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.69 Metros Centímetros
	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 _____ Meses	Para menores de un año _____ Días
		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) ZAFIRO 303 SAN JUAN CERRITOS 0001 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.4 Municipio o delegación	11.3 Localidad SAN LUIS POTOSI 24 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) PANADERO 99 Se ignora <input type="radio"/> 099
	12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 011 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 099 Preescolar <input type="radio"/> 012 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL PANADERO 99 Se ignora <input type="radio"/> 099	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input checked="" type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099	14.1 Número de seguridad social o afiliación 4180510361-5 1M19510R	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	15.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 010 Otro lugar <input type="radio"/> 012 Hogar <input checked="" type="radio"/> 011 Se ignora <input type="radio"/> 099
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	ZAFIRO 303 SAN JUAN CERRITOS 0001 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.4 Municipio o delegación	16.3 Localidad SAN LUIS POTOSI 24 16.5 Entidad federativa		
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? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) DESNUTRICIÓN SEVERA Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) TUBERCULOSIS PULMONAR</p> <p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 HORAS</p> <p>2 MESES</p> <p>2 AÑOS</p> <p>42 DIAS</p>			
DE LA DEFUNCIÓN	<p>21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p>			
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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera <input type="radio"/> 04 Otro <input type="radio"/> 08 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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			
DEL CERTIFICANTE	23.7.4 Municipio o delegación	23.7.5 Entidad federativa		
DEL REG. CIVIL	24. NOMBRE Nombre(s) JOSE DE JESUS IZAGUIRRE VAZQUEZ Apellido paterno Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO 02		
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4208541 Número de la cédula profesional		
	28. NOMBRE Nombre(s) CELIA MARGARITA FABELA VAZQUEZ Apellido paterno Apellido materno	29. TELÉFONO 44 44 168221		
	30. DOMICILIO CARRANZA 34 INT 2 COL. GUADALUPE	31. FIRMA		
	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 Cerritos 008 S.C.P. 00 00 08 24.08.06.2016		