



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

Modelo 2017.1
FOLIO

190676768

LOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

190676768

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>CRESCENCIA</u> Primer Apellido <u>IZAGUIRRE</u> Segundo Apellido <u>BARRON</u>	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>19</u> Mes <u>04</u> Año <u>1968</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
	5. CURP <u>IABCG80419HSPZRRO6</u> Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique		
	8. 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 <u>51</u> Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐			
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>CALLE LOCALIDAD MINAS VIEJAS</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>10.2 Nombre de la vialidad</u> 10.3 Núm. Exterior <u>10.4 Núm. Interior</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>10.6 Nombre del asentamiento humano</u> 10.7 Código Postal <u>10.8 Localidad</u> 10.9 Municipio o delegación <u>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</u>				
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>JORNALERO</u> Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>15.2 Nombre de la vialidad</u> 15.3 Núm. Exterior <u>15.4 Núm. Interior</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>15.6 Nombre del asentamiento humano</u> 15.7 Código Postal <u>15.8 Localidad</u> 15.9 Municipio o delegación <u>15.10 Entidad federativa</u>			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>29</u> Mes <u>07</u> Año <u>2019</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>00</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☒ No ☐		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>INTOXICACION POR ORGANOS FOSFORADOS</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>(INSECCIONADA)</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 Código CIE		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☒ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>NINGUNO</u>
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>AL FUMIGAR CON SUSTANCIAS TOXICAS</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>DOMICILIO CONOCIDO</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>22.7.2 Nombre de la vialidad</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u> 22.7.7 Código Postal <u>22.7.8 Localidad</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>22.7.10 Entidad federativa</u>				
DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s) <u>REPUCIO</u> Primer Apellido <u>IZAGUIRRE</u> Segundo Apellido <u>BARRON</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>HERMANO</u>		
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☒ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1773288</u> Número de la cédula profesional		
	27. NOMBRE Nombre(s) <u>DR. RAÚL ORONEO</u> Primer Apellido <u>BARRIOS</u> Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>29.2 Nombre de la vialidad</u> 29.3 Núm. Exterior <u>29.4 Núm. Interior</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u> 29.7 Código Postal <u>29.8 Localidad</u> 29.9 Municipio o delegación <u>29.10 Entidad federativa</u> 29.11 Teléfono <u>29.12 Entidad federativa</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>29</u> Mes <u>07</u> Año <u>2019</u>		
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		