



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

FOLIO  
200634738

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

|  |   |   |
|--|---|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br>Ezequiel Rodríguez Delgado<br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido   |   |   |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>1 0 0 4 1 9 6 7<br>Día Mes Año   | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>Tamaulipas<br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)   |
| 5. CURP<br>R O I D E 6 7 0 4 1 0 H T S D 1 2 0 7<br>Se ignora <input type="radio"/> 99   | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Especifique:  |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>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: 5 2<br>Se ignora <input type="radio"/> 99  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> 06 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Casado <input type="radio"/> 03<br>En unión libre <input type="radio"/> 04 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 99 |   |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br>204 Calle Paloma Fraccionamiento Las Huastecas<br>10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda<br>10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano<br>7 9 0 9 0 10.7 Código Postal 10.8 Localidad Cd. Valles 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)  |   |   |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05<br>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02   |   | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>Comerciante<br>12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>13.1 Número de seguridad social o afiliación   |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>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<br>IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99   |   | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Hospital General Cd. Valles<br>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09<br>14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) S P S S A 0 0 0 3 5 6<br>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Carretera México Laredo km7<br>15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda<br>7 9 0 9 0 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Oxitipa 15.6 Nombre del asentamiento humano<br>15.7 Código Postal 15.8 Localidad Cd. Valles 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>0 6 0 6 2 0 2 0 0 3 5 0<br>Día Mes Año Horas Minutos   |   | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09   |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) Insuficiencia respiratoria aguda<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) Evento Vascular cerebral isquémico<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) Neumonía viral COVID-19<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) Diabetes Mellitus 2<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo  |   | 18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02<br>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br>5 min<br>5 días<br>6 días<br>30 años<br>Uso exclusivo del personal médico  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input checked="" type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03<br>43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05   |   | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE<br>9645186<br>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02<br>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02   |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto<br>Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09<br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09<br>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03<br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04<br>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05<br>22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)<br>Esposa <input type="radio"/> 01<br>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda<br>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano<br>22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa |   |   |
| 23. NOMBRE<br>Mayra Nohemi Hernández Peña<br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido  |   | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br>Esposa  |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03<br>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08<br>*Especifique   |   | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>9645186<br>Número de la cédula profesional  |
| 27. NOMBRE<br>Angel Jonathan Waze Avalos<br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido   |   | 28. FIRMA<br>[Firma]  |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO<br>Fracc. Oxitipa 7 9 0 9 0<br>29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano<br>Cd. Valles 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad San Luis Potosí  |   | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>10 6 0 6 2 0  |



200634738