



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

356-21

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ezequiel		Rodríguez		Delgado	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		356-26	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
1 004 1967 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		Tamaulipas			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora	
R O D E 6 7 0 4 1 0 H T S D 1 2 0 7		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Años cumplidos
		Minutos	Horas	Días	Meses		Se ignora
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	
204		Calle Fraccionamiento		Paloma		10.1 Tipo de vialidad	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.2 Nombre de la vialidad	
7 9 0 9 0				Ca. Valles		Las Huastecas	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.6 Nombre del asentamiento humano	
						San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 4	Incompleta <input type="radio"/> 2	Comerciante <input type="radio"/> 1
Profesional <input type="radio"/> 8		Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Hospital General Cd. Valles		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro <input type="radio"/> 11	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	S P I S S A L O 0 0 2 5 6	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Carretera Mexico Laredo km7		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.2 Nombre de la vialidad	
7 9 0 9 0				Fraccionamiento		Oxitipa	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.6 Nombre del asentamiento humano	
				Ca. Valles		San Luis Poto	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROSCOPÍA?		15.10 Entidad federativa	
0 6 0 6 2 0 2 0 1 0 3 5 0		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Día Mes Año Horas Minutos		17.1 Nombre de la unidad médica		17.2 Nombre de la vialidad		18.1 Uso exclusivo del personal	
		17.3 Nombre de la vialidad		17.4 Nombre de la vialidad		18.2 Causa básica de defunción	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II		19.3 Parte III	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		b) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		c) Causa básica de la muerte	
{		Insuficiencia respiratoria aguda		Eventos Vascular cerebral isquemico		Diabetes Mellitus 2	
d)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Neumonía viral COVID-19				30 años	
{		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
				El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.5 Uso exclusivo del personal	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Hernandez		Peña		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Esposa	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Angel Jonathan		Wage		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		G. Jonathan	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Carretera Mexico Laredo km7		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
Fracc. Oxitipa		7 9 0 9 0		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
Ci. Valles		San Luis Potosí					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		10.6.06.2020					