



Servicios
de Salud

Dirección de Políticas Y Calidad En Salud
Subdirección de Epidemiología
Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas

Búsqueda intencionada y reclasificación de Muertes Maternas

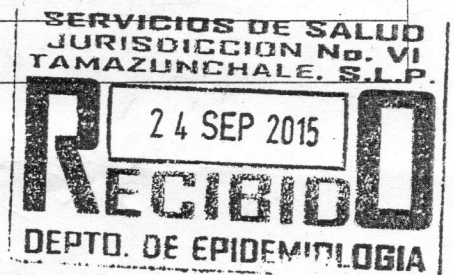
Nombre	Andrea Nicasia Hernández Galván
Edad	11 años
Domicilio	C. Celedonio Galván #35, Bo. San Miguel Chalchocayo Matlapa
Folio del certificado de defunción:	150676091
Fecha de la defunción	15 / 09 / 2015
Diagnósticos emitidos en el certificado de defunción	Desnutrición severa, Infarto Agudo al miocardio
Necropsia	no
Lugar de ocurrencia de la defunción:	C. Celedonio Galván #35, Bo. San Miguel Chalchocayo Matlapa
Antecedentes Ginecóbstétricos:	Menarca: 1969 FUM: Gestas: Partos: Cesáreas: Abortos: Método de planificación y fecha de inicio:
Antecedentes personales patológicos:	Distrofia muscular / Desnutrición moderada, 1-06-14 Hsp. en cd. Valles con Dx. Epistaxis
Resumen	Describir las condiciones de defunción, desde que inicio el cuadro clínico o patología que la llevo a la defunción, hasta la resolución, justificando los diagnósticos finales para la rectificación o ratificación del certificado, no solo la búsqueda del descarte de embarazo o puerperio.
Diagnósticos finales:	
Comentarios:	

Registra:
Dr. Oliver

ATENTAMENTE.

Dr. Fernando Hernández Maldonado

DR. FERNANDO HERNÁNDEZ MALDONADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA Y URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS





SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI
HOSPITAL GENERAL CD. VALLES S.L.P.
HOJA DE ALTA Y CONTRARREFERENCIA



FECHA: 1-06-14		HORA: 15 30hrs	
NOMBRE(S) Andrea Nicasia		APELLIDO PATERNO Hdz	APELLIDO MATERNO Alvan
FECHA DE NACIMIENTO:		NUMERO SEG. POPULAR:	
EDAD: 9 años		SEXO: fem	
DOMICILIO	CALLE	NUMERO	COLONIA
Chalchucua		atlapa SL	
ENVIADO DE: HOSPITAL GENERAL CD. VALLES S.L.P.			
FECHA Y HORA DE INGRESO: 30-05-14		CONSULTA EXTERNA DE:	
FECHA Y HORA DE EGRESO: 1-06-14			
DX. DE INGRESO PRINCIPAL: Epistaxis			
DX. DE INGRESO SECUNDARIO: Rinofaringitis			
DX. FINAL (ES) el mismo			
REINGRESO POR MISMA AFECCIONEN EL AÑO: NO () SI ()			
FECHA:		HORA:	
CIRUGIA Y PROCEDIMIENTO REALIZADO:		FECHA	HORA

RESUMEN CLINICO

SIGNOS VITALES	FC: 100	FR: 22	Tº: 37	T/A:
----------------	---------	--------	--------	------

Se valora en servicio de urgencias a paciente femenino de 9 años de edad, la cual presenta una enfermedad de base relacionado con hipotermia ya realizada, esta siendo valorada en SLP. Actualmente ingresa debido a que vomita su gema al tener epistaxis. Durante su estancia se valora a paciente que presenta síntomas respiratorios, altos consuntivos en la gestión nasal y tos húmeda. Se valora orificio nasal izquierdo el cual presenta hiperemia de carotídeo y orificio nasal derecho aprecia dilatación y hebras de sangrado de capilar del tabique nasal. Lo que explica su epistaxis y al tener problema neurológico de movilidad de glúteo la secer y finalmente la vomita.

Se realizar paracki i cos m strando

Rx de torax normal, sin opacidad o alteraciones.

BH^C 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839,

10800 neutrófilos por leque séptica antibioticos ante su posib e infección bacteriana respu e varia alta. Q's normal.

Durante su estancia establem tolera alimentacion aforil, sin presentar sangrado a cunio

dera su mayoría se egresa, la madre r f re ter cita a 3er nivel.

PRONOSTICO PARA LA VIDA Y/O FUNCION:

RECETA MEDICA:

MEDIDAS GENERALES:

R ceta con sintomatología para catarsis y a tibetico.

Fue la última vez que

Recibí
Atenc
antes de este
fech
ya no se
DICO ASCRITO
Hera. Se entendi

NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO ASCRITO

MEDICO INTERNO DE PREGRADO:

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

PROCESS

HOJA DE REFERENCIA

NUM. DE FOLIO 7440

FECHA DE REFERENCIA 160708 No. DE CONTROL _____
DOMICILIO DEL PACIENTE: CIUDAD San Miguel Chlahcoco MUNICIPIO atlapa
COMUNIDAD Chlahcoco CALLE _____ NUM. _____
MOTIVO DEL ENVIO Hipotonicidad Muscular generalizada
DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL El mismo
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE Hospital Santa Catarina Axtla D. terrazas
NOMBRE DEL MEDICO QUE REFIERE MPSS andaverde.

URGENCIA SI _____ NO x

Andres Nicasia
NOMBRE

Hernandez
APELLIDO PATERNO

Galvan.
APELLIDO MATERNO

NUMERO DE EXPEDIENTE SM EDAD 4 Años SEXO Femenino

III

UNIDAD QUE REFIERE
Centro Dispensario Comunitario Cahlehcooyo

IV

IV	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE		
	Hopsital Santa Catarina de Axtla		
V	DOMICILIO		
	CALLE	NUMERO	COLONIA
VI	SERVICIO AL QUE SE ENVIA		
	Pediatria		

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO)

PESO	TALLA	T/A	TEMP.	FR.	F.C.
11 Kg.	95 M	7	36 °C	28	120

Paciente pediátrica femenino de 4 años de edad quinegreses para revisión general

a la exploración se encuentra que: conciente tranquila cooperadora con buena coloración de tegumentos y de mucosas hidratada con ruidos cardíacos de buena intensidad y frecuencia campos pulmonares con presencia de estertores, hipotonía generalizada en las cuatro extremidades miotonía disminuida incapacidad para la bipedestación flaccidez en la columna lumbar movimientos voluntarios disminuidos fuerza muscular disminuida generalizada. 2/5, protrusión de la lengua. pupilas isocóricas normorreflejos cerebrales permeables así como conductos auditivos.

se remite a pediatría para su valoración por su atención gracias,


VI

VI

IMPRESION DIAGNOSTICA

Distrofia muscular

Desnutricion Moderada



Servicios de Salud
de San Luis Potosí
E.S.R.D. Chantreton
Manapa SLP



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

Modelo 2015

FOLIO

150676091

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

ANDREA

Nombre(s) NICASIA

Apellido paterno

HERNANDEZ

Apellido materno

GALVAN

2. CURP

MEGA040616MSRNLNA0

Se ignora

3. SEXO

Hombr

Mujer

Se ignora

4. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

Se ignora

6. PESO

24

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

1

Metros

20

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

16

Día

06

Mes

20

Año

04

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

Se ignora

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Soltero(a)

Casado(a)

Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

CELEDONIO GALVAN #36

BARRIO SAN MIGUEL

CHALCHOCOYO

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

MATLAPA SAN LUIS POTOSI S.L.P.

SAN LUIS POTOSI S.L.P.

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD

Ninguna

Primaria incompleta

Secundaria incompleta

Bachillerato o preparatoria incompleta

Profesional

Se ignora

Preescolar

Primaria completa

Secundaria completa

Bachillerato o preparatoria completa

Posgrado

Se ignora

13. OCUPACIÓN HABITUAL

13.1 Trabajaba

Sí

No

Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

Otra

Se ignora

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS Oportunidades

Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Unidad médica privada

Se ignora

IMSS Oportunidades

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

Se ignora

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Via pública

Otro lugar

Se ignora

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CELEDONIO GALVAN #36

BARRIO SAN MIGUEL

CHALCHOCOYO

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

MATLAPA SAN LUIS POTOSI S.L.P.

SAN LUIS POTOSI S.L.P.

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

15

Día

09

Mes

20

Año

15

Horas

04

Minutos

1

Segundos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí

No

Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí

No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

(Anotar 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

DESNUTRICIÓN SEVERA.

a)

Debido a (o como consecuencia de)

INFARTO AGUDO A MIOCARDIO

b)

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

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

1 año

Uso exclusivo del personal codificador

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

Se ignora

El parto

Se ignora

El puerperio

Se ignora

43 días a 11 meses después del parto o aborto

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

Se ignora

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

Se ignora

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

Se ignora

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

Accidente

Homicidio

Se ignora

Suicidio

Se ignora

23.1 Fue un presunto

Sí

No

Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí

No

Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Se ignora

Área deportiva

Se ignora

Área industrial (taller, fábrica u obra)

Se ignora

Granja (rancho o parcela)

Se ignora

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:

Se ignora

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

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

GRACIELA

GALVAN

MORALES

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

MADRE

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

Autoridad civil

Otro

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

4941681

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE

OLIVER

MARTINEZ

CORTES

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO

AVENIDA FRANCISCO I. MADERO

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

21

Día

10

Mes

20

Año

15

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm.

01

Libro Núm.

05

33.1 Acta Núm.

00090

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

Matlapa

S.L.P.

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federativa

34.4 Día

34.5 Mes

34.6 Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD