



Servicios de Salud

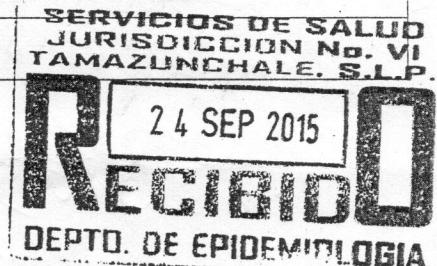
Dirección de Políticas Y Calidad En Salud
Subdirección de Epidemiología
Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas

Búsqueda intencionada y reclasificación de Muertes Maternas

Nombre	Andrea Nicasia Hernández Galván
Edad	11 años
Domicilio	C. Celestino Galván #35, Bo. San Miguel Chalchocoyo, 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. Celestino Galván #35, Bo. San Miguel Chalchocoyo, Matlapa
Antecedentes Ginecobstéticos:	Menarca: 10/06/2011 FUM: 10/06/2011 Gestas: 1 Partos: 0 Cesáreas: 0 Abortos: 0 Método de planificación y fecha de inicio:
Antecedentes personales patológicos:	Distrofia muscular / Desnutrición moderada 1-06-14 Hsp. en cd. Valles con Dx. Epistaxis 160708
Resumen	Describir las condiciones de defunción, desde que inicio el cuadro clínico o patología que la llevó 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:	

lgyr.: Rosalba
Dr. Oliver
Atentamente
M. Monta Ofam

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





Servicios
de salud

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:	15:30 hrs	
NOMBRE(S)	Andrea Nicasia	APELLIDO PATERNO	Hdez	APELLIDO MATERNO	
FECHA DE NACIMIENTO:		NUMERO SEG. POPULAR:			
EDAD:	9 años		SEXO: Fem		
DOMICILIO	CALLE	NUMERO	COLONIA		ESTADO
Chalchucuayatlapa SLP					
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:		
CIRUGIA Y PROCEDIMIENTO REALIZADO:		FECHA	HORA		

RESUMEN CLINICO

SIGNS VITALES	FC: 100	FR: 22	T°: 37	T/A:
---------------	---------	--------	--------	------

Se valora en servicio de urgencias a paciente fem de 9 año de edad, la cual presenta una enfermedad de base relacionada con hipotensión arterializada, estando siendo valorada en SLP. Actualmente ingresó de急诊 a que vomita sangre al toser epistaxis. Durante su estancia se valora a paciente que presenta síntomas respiratorios, altos consuetos en co-gestión nasal y tos media. se valora orificio nasal izquierdo el cual presenta hiperofia de cíngulo y orificio nasal derecho aprecia dilatación y hebillas de sangrado de capilar del tabique nasal. Lo que explica su epistaxis y al tener problema neurológico de movilidad deglución se genera y finalmente la vómito.

Se realizan parámetros sistémicos

Rx de tórax normal, sin opacificación ni alteraciones. BHC de 14.200. Núcleo de 330 ml. 10800 neutrófilos por lo que se da la antibiototerapia ante la posibilidad de infección bacteriana respuesta alta. QG normal.

Durante su estancia establece tolerancia alimentación afebril, sin presentar sangrado al grupo.

Durante su mejoría se egresa, la madre refiere tener cita a 3er nivel.

PRONOSTICO PARA LA VIDA Y/O FUNCION:

RECETA MEDICA: MEDIDAS GENERALES:

Receta consintomatología para cultura y estudio.

Fu la oficina

Recibió
Atención
antes de este
fecha tenía
la no se
informó

Dr. Fernando Vázquez

NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO ASCRITO

REG. 1000773 DGPME 23100

REG. 804 SLP 240624 MC PEB

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 Chalahcocoyo MUNICIPIO atlapa

COMUNIDAD Chalahcocoyo CALLE _____ NUM. _____

MOTIVO DEL ENVIO Hipotonicez Muscular generalizada

DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL El mismo

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE Hopsital Santa Catarina Axtla D terrazas

NOMBRE DEL MEDICO QUE REFIERE MPSS andaverde.

II

URGENCIA SI NO X

Andrea Nicasia Hernandez Galvan.

NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NUMERO DE EXPEDIENTE SM EDAD 4 Años SEXO Femenino

UNIDAD QUE REFIERE Centro Dispensario Comunitario Cahlahcocoyo

III

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE Hopsital Santa Catarina de Axtla

DOMICILIO _____ CALLE _____ NUMERO _____ COLONIA _____

SERVICIO AL QUE SE ENVIA Pediatría

IV

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

Pacinte pediatrica femenino de 4 años de edad que ingresa para revision general a la exploracion se encuentra que: concite tranquila cooperadora con buena coloracion de tegumentos y de mucosas hidratada con ruidos cardiacos debuan intensidad y frecuencia campos pulmonares con presencia de estertores, hipotonicez generalizada en las cuatro extremidades miotonie disminuida incapacidad para la bipedestacion flacidez en columna lumbar movimientos voluntarios disminuidos fuerza muscular disminuida generalizada. 2/5, pretension de la lengua. pupilas isocoricas normoreflexicas permeables asi como conductos auditivos. se manda a pediatria para su valoracion por su atencion gracias,

V

IMPRESION DIAGNOSTICA

Distrofia muscular

Desnutricion Moderada



SERVICIOS DE SALUD
de San Luis Potosi
S.S.R.D. CUAUTITLAN
Mazapa 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
H-E-G-A-0-4-0-6-1-6-M-S-P-R-L-N-A-0 Se ignora 99

3. SEXO

Hombre 1

Mujer 2

Se ignora 9

4. NACIONALIDAD

Mexicana 1

Otra 2

Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

6. PESO 214 Kilogramos 4 Gramos

7. TALLA

1 Metros

20 Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

16 Día

06 Mes

2004 Año

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

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre 4 Separado(a) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 9

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 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99

Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 6 Posgrado 10 Se ignora 9

13. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 14.1 Número de seguridad social o afiliación

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

15. SÍTIOS DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 15.1 Nombre de la unidad médica

IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

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.

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

15 10 92 01 5 10 4 11 0 Día Mes Año Horas Minutos Si 1 No 2 Se ignora 99

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Si 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

DESNUTRICIÓN SEVERA.

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

{

INFARTO AGUDO A MIOCARDIO

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

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

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

23.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Si 1 No 2 Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Suicidio 3 Se ignora 9 Se ignora 9 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?

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

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 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Autoridad 6 Otro 8

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 SUR NO.150 COL. 20 NOV. MATLAPAS. L.P.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

21 10 92 01 5

Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIAZIA O JUZGADO

Núm. 01 Libro Núm. 05

33.1 Acta Núm. 00096

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federativa

34.4 Día Mes Año

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