

"2015, AÑO DEL GENERALÍSIMO JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN"

CD VALLES, SLP.
CLINICA HOSPITAL B ISSSTE

21/12/2015

RESUMEN CLINICO

NOMBRE..... ARTURO ESCOBAR MOCTEZUMA EDAD... 71 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO... 05 DE SEPTIEMBRE DE 1944

DIRECCION... BETC450812

MASCULINO DE 71 AÑOS QUE INICIA SU PADECIMIENTO ACTUAL EL DIA 05 DE DICIEMBRE DEL 2015 AL PRESENTAR FIEBRE DE 39 GRADOS ASTENIA ADINAMIA TOS PRODUCTIVA HIPOREXIA PERDIDA DE PESO REFIRIO EL FAMILIAR QUE 2 SEMANAS PREVIAS PRESENTO ASTENIA ADINAMIA PERDIDA DE PESO DE 9 Kg TOS CON EXPECTORACION AMARILLA FIEBRE, MULTITRATADO SIN RESPUESTA SATISFACTORIA.

A LA EXPLORACION FISICA INICIAL SE ENCONTRO CON DESNUTRICION CRANEO NORMAL HIDRATACION ADECUADA CONCIENCIA BIEN ORIENTADO PALIDO++ TORAX CON ESTERTORES GRUESOS Y MULTIPLES ESTERTORES CREPITANTES EN TODO CAMPO PULMONAR ADEMÁS DE HIPOVENTILACION SOBRE TODO HEMITORAX IZQUIERDO SE HOSPITALIZA EL DIA PARA SU MANEJO REALIZANDOSE BACILOSCOPIAS EN EXPECTORACION REPORTANDO EL DIA 07 DE DICIEMBRE 2015 POSITIVAS 3 CRUCES POR LO CUAL SE INICIO MANEJO A BASE DE DOTBAL 3 TABLETAS DIARIAS FASE INTENSIVA.

EVOLUCION CLINICA TORPIDA PRESENTANDO FALLECIMIENTO EL DIA 12 DE DICIEMBRE DEL 2015

DIAGNOSTICOS.. FALLA ORGÁNICA MULTIPLE
NEUMONIA
TUBERCULOSIS PULMONAR

FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION 150681959

FUENTE... EXPEDIENTE CLINICO

ATENTAMENTE

DR. ARERUO FORTA SÁNCHEZ
EPIDEMIOLOGA
CLINICA HOSPITAL ISSSTE
CD. VALLES, SLP.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
Modelo 2015
150681959

***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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARS.

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | ARTURO | | MOCOTÍZUMA | |
| | | | | Apellido paterno | |
| 2. CURP | | | | Apellido materno | |
| S. <input type="radio"/> O ₁ | | No <input type="radio"/> O ₂ | | Se ignora <input type="radio"/> O ₉ | |
| 5. J HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | 6. PESO | | 7. TALLA | |
| Sí <input type="radio"/> O ₁ | | Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos | | Para menores de un mes <input type="radio"/> Horas | |
| No <input type="radio"/> O ₂ | | Para menores de un día <input type="radio"/> Horas | | Para menores de un año <input type="radio"/> Días | |
| 9. EDAD CUMPLIDA | | Kilogramos - Gramos | | Gramos | |
| Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos | | Para menores de un mes <input type="radio"/> Horas | | Para menores de un año <input type="radio"/> Días | |
| 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: | | 10. ESTADO CONYUGAL | | 8. FECHA DE NACIMIENTO | |
| 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: | | En unión libre <input type="radio"/> O ₄ | | Separado(a) <input type="radio"/> O ₆ | |
| 11. RESIDENCIA HABITUAL | | Divorciado(a) <input type="radio"/> O ₃ | | Casado(a) <input type="radio"/> O ₅ | |
| MIRADOR | | Viudo(a) <input type="radio"/> O ₂ | | Soltero(a) <input type="radio"/> O ₁ | |
| CD. VALLES | | 11.1 Calle y número | | 11.2 Colonia | |
| CD. VALLES | | 11.3 Localidad | | SAN LUIS POTOSÍ | |
| 11.4 Municipio o delegación | | 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | 11.6 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | |
| 12. ESCOLARIDAD | | 13. OCUPACIÓN HABITUAL | | 14.1 Número de seguridad social o afiliación | |
| Ninguna <input type="radio"/> O ₁ | | OPÉRADOR DE TAXI | | Vía pública <input type="radio"/> O ₁₀ | |
| Primaria incompleta <input type="radio"/> O ₂ | | 13.1 Trabajaba | | Otro lugar <input type="radio"/> O ₉ | |
| Preescolar <input type="radio"/> O ₁₂ | | Sí <input type="radio"/> O ₁ | | Se ignora <input type="radio"/> O ₉ | |
| Completa <input type="radio"/> O ₃ | | No <input type="radio"/> O ₂ | | Se ignora <input type="radio"/> O ₉ | |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | 15.1 Nombre de la unidad médica | | 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| Ninguna <input type="radio"/> O ₁ | | ISSSTE <input type="radio"/> O ₃ | | Unidad médica <input type="radio"/> O ₉ | |
| IMSS <input type="radio"/> O ₂ | | SEMANA <input type="radio"/> O ₆ | | Otra unidad pública <input type="radio"/> O ₈ | |
| Oportunitades <input type="radio"/> O ₂ | | IMSS Oportunidades <input type="radio"/> O ₁₀ | | Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉ | |
| 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN | | 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | | 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | |
| FRONTERA esa. 30 DE MAYO COL. ALTAVISTA CD. VALLES | | FRONTERA esa. 30 DE MAYO COL. ALTAVISTA CD. VALLES | | FRONTERA esa. 30 DE MAYO COL. ALTAVISTA CD. VALLES | |
| 17.1 Municipio o delegación | | 17.2 Colonia | | 17.3 Localidad | |
| 1 Dia | | 1 Minutos | | 16.1 Municipio o delegación | |
| 2. PARTE I | | 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | |
| Otras estados patológicos, significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo | | Sí <input type="radio"/> O ₁ | | No <input type="radio"/> O ₂ | |
| 22.1. 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? | |
| El embarazo <input type="radio"/> O ₁ | | El parto <input type="radio"/> O ₂ | | 22.4. ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? | |
| 43 días a 11 meses <input type="radio"/> O ₄ | | Últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> O ₅ | | 22.5. Usos exclusivo del personal codificador | |
| 23. SÍ LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL | | 23.3. Sitio donde ocurrió la lesión | | 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | |
| 23.1. Fue un presunto accidente <input type="radio"/> O ₁ | | el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> O ₀ | | 23.4. ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? | |
| Accidente <input type="radio"/> O ₁ | | Vivienda particular <input type="radio"/> O ₀ | | Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> O ₆ | |
| Suicidio <input type="radio"/> O ₃ | | Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> O ₁ | | Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> O ₇ | |
| 23.5. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | Se ignora <input type="radio"/> O ₉ | | Área comercial o servicios de servicios públicos <input type="radio"/> O ₅ | |
| 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 | | 25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) | |
| MARIA CLARA ESTHER BERGANGA TRISTAN | | Apellido paterno | | ESPOSA | |
| 26. CERTIFICADA POR | | 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | 28. NOMBRE | |
| Médico <input type="radio"/> O ₁ | | Person autorizada por <input type="radio"/> O ₄ | | Médico <input type="radio"/> O ₁ | |
| Legista <input type="radio"/> O ₂ | | Civil <input type="radio"/> O ₅ | | Otro <input type="radio"/> O ₈ | |
| Otro médico <input type="radio"/> O ₃ | | 31. FIRMA | | REYES | |
| 30. DOMICILIO | | Apellido paterno | | 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN | |
| FRONTERA ESO. 30 DE MAYO COL. ALTAVISTA CD. VALLES | | Apellido materno | | 1.2 1.2 2.0 1.5 | |
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | | 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | 34.3. Entidad federativa | |
| Número _____, Libro Núm. _____ | | 34.1. Localidad | | 34.4. Dia Mes Año | |
| 33.1 Acta Núm. _____ | | 34.2. Municipio o delegación | | 34.3. Entidad federativa | |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*