



9411817

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

W

FOLIO

150683873

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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 PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Rodrigo de Jesús Isaías Agoitia</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno					
	2. CURP <b>IAAR891111HSPSGD02</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO <b>11/11/1989</b> Día Mes 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 <b>25</b> Se ignora <input type="radio"/> 9					
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>Calle del Soldado Damian Carmona #33 Col. 2 de Abril Salinas de Hidalgo</b> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <b>San Luis Potosí México</b> 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input checked="" type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Administrativo</b> Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2410929378</b>			
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 <b>Hospital Central Dr IMP</b> 15.1 Nombre de la unidad médica IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Av. Venustiano Carranza #2395 Zona Universitaria San Luis Potosí</b> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <b>San Luis Potosí México</b> 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa					
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>27/10/2015 01:40</b> Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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 a) <b>Insuficiencia Respiratoria Aguda</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Neumonía Intrahospitalaria</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Necrobiosis diabética</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Diabetes mellitus tipo 1</b> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 hora</b> <b>4 días</b> <b>1 mes</b> <b>17 años</b> 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 <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
	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					
	DEL INF.	24. NOMBRE <b>Rodrigo de Jesús Isaías Ovalle</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Padre</b>		
		26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>8902544</b> Número de la cédula profesional		
		28. NOMBRE <b>Don</b> <b>Don</b> <b>Lorez</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO <b>Av. Venustiano Carranza 2395</b>		31. FIRMA <b>[Firma]</b>				
DEL CERTIFICANTE	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>27/10/2015</b> Día Mes Año					
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <b>5</b> Libro Núm. <b>5</b>					
EL REG. CIVIL	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <b>San Luis Potosí</b>		35. FECHA DE REGISTRO <b>27/10/2015</b>			



150683873



Nombre: <b>RODRIGO DE JESUS ISAIS AGOITIA</b>		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad: <b>25 años</b>
Domicilio:		Municipio y Estado: <b>Salinas de Hidalgo, SLP</b>	
Unidad de Adscripción: <b>HCIMP</b>	Fecha de ingreso: <b>18/10/15</b>	Fecha de egreso: <b>27/10/15</b>	
Motivo de egreso: <b>defunción</b>		Registro Hospitalario: <b>941817</b>	

**RESÚMEN CLÍNICO:**

Paciente masculino de 25 años de edad que ingresa a través del servicio de Urgencias. Cuenta con los antecedentes de Diabetes Mellitus desde los 8 años de edad, cirugía ocular (se desconoce de qué clase y su indicación), del ojo derecho, inició su padecimiento un día previo al ingreso con fiebre de 38 C, vómito y edema progresivo de miembros inferiores, además de úlceras en dorso y planta de pie derecho y planta de pie izquierdo. Acude a este hospital donde se encuentra al ingreso a Urgencias con necrobiosis de ambos pies. Se decide su internamiento al piso de Cirugía Hombres a cargo de Cirugía Vascular. Durante su internamiento se toman estudios de laboratorio en los que peristía con leucocitosis, dificultad respiratoria, distensión abdominal. Se da manejo con curaciones, así como tratamiento antibiótico. Presenta deterioro ventilatorio que requiere de intubación orotraqueal, posteriormente presenta asistolia por lo que se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas, sin ser posible revertir el estado de paro, durante 20 minutos. Se declara hora de la defunción 1:40 am del 27 de octubre del 2015.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
Insuficiencia respiratoria aguda	Intubación orotraqueal
Neumonía intrahospitalaria	Curaciones
Necrobiosis diabética	Manejo médico
Diabetes Mellitus tipo 1	Exámenes de laboratorio
	Estudios de gabinete

DR CAMILO MARTINEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN  
(Nombre y firma)

DR MARTINEZ/DRA GUZMÁN

MÉDICO TRATANTE  
(Nombre y firma)