



941817

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

150683873

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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 GOBERNAMENTAL, 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) Rodrigo de Jesús Isaías Agoitia		Apellido paterno	Apellido materno		
	Nombre(s)					
DE LA DEFUNCIÓN	2. CURP	1AAIR8911111HSPSGD02	Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO Kilogramos . Gramos	7. TALLA Metros . Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 11111989	
	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
	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"/> 99				
	11. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle del Soldado Damian Carmona #33 Col. 2 de Abril Salinas de Hidalgo				
		11.1 Calle y número	11.2 Colonia	11.3 Localidad		
		San Luis Potosí	Méjico			
		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"/> 3 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 4 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 type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL Administrativo	Se ignora <input type="radio"/> 99	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	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 2410929378		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada	Hospital Central Dr. IMP	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.1 Nombre de la unidad médica				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	Av. Venustiano Carranza #2395 Zona Universitaria San Luis Potosí					
	16.1 Calle y número	16.2 Colonia	16.3 Localidad			
	San Luis Potosí	Méjico				
	16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa				
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	27102015	01:40	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
	27102015	01:40	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. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Insuficiencia Respiratoria Aguda					
a) 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	1 hora					
b) Debido a (o como consecuencia de)	Adías					
c) Debido a (o como consecuencia de)						
d) Debido a (o como consecuencia de)						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Necrobiosis diabética					
	Diabetes mellitus tipo 1					
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	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
	43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial (taller, fábrica u oficina)	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			
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"/> 99	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8		
	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	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	Rodrigo de Jesús Isaías Ovalle			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Padre		
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 8902544		
				Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE	Adan	Diaz	Lopez	29. TELÉFONO		
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno			
30. DOMICILIO	Av. Venustiano Carranza 2395		31. FIRMA	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27102015		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	34.1 Localidad	34.2 Localidad			
Núm. 5 Libro Núm. 5		San Luis Potosí	22102015			

150683873

EL REG. CIVIL



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

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)