



64/5885

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

m

FOLIO

150683886

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JUAN AVILA JUACHE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
2. CURP A I J J 5 9 1 2 2 7 H S P V C N 0 9 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 2 7 1 2 1 9 5 9 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 0 5 5 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) C CROTOS 93 FRACC VALLE DE DALIAS SAN LUIS POTOSI 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad SAN LUIS POTOSI 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 checked="" 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		13. OCUPACIÓN HABITUAL ODONTOLOGO 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 2412000382	
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 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 HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) S P S S A 0 0 1 1 0 2 Vía 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 AVENIDA VEBUSTIANO CARRANZA 2395 ZONA UNIVERSITARIA SAN LUIS POTOSI 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad SAN LUIS POTOSI 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 3 1 1 0 2 0 1 5 2 3 : 5 0 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input 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 type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
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) CHOCUE SEPTICO Debido a (o como consecuencia de) b) TUBERCULOSIS PULMONAR Debido a (o como consecuencia de) c) INFECCION POR VIH Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo DIABETES MELLITUS TIPO II		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 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		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		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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)?		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 MARIA EVA AVILA JUACHE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HERMANA	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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 8162248 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Sdiz Armenta Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
30. DOMICILIO		31. FIRMA	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 05 Libro Núm. 05		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad San Luis Potosi	



150683886



Nombre: JUAN ALVAREZ JUACHE		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad: 33A
Domicilio: CROTOS #93, VALLE DE DALIAS		Municipio y Estado: SAN LUIS POTOSÍ	
Unidad de Adscripción: HCIMP	Fecha de ingreso: 13/10/2015	Fecha de egreso: 31/10/2015	
Motivo de egreso: DEFUNCIÓN		Registro Hospitalario: 645885	

RESÚMEN CLÍNICO:

Paciente masculino de 55 años de edad, con diagnóstico de Choque séptico, secundario a Tuberculosis pulmonar, quien ingresa el 13 de Octubre de 2015 a esta Institución, por presentar disnea de pequeños y medianos esfuerzos, dolor abdominal en mesogastrio que se irradia a hipogastrio, motivo por el cual ingresa para estudio y manejo; A su ingreso se encuentra consciente, cooperador, hipotenso, taquicárdico, con temperatura de 36.8°C e hipoxémico, por lo que se solicita Rx tórax, con hallazgo de derrame pleural, por lo que se interconsulta a cirugía de tórax, quienes colocan sello endopleural; Posterior a colocación de SEP, se comenta con familiares estado crítico del paciente.

Durante su estancia se mantuvo en malas condiciones generales, con ventilación mecánica asistida, hemodinámicamente con hipotensión; El día de hoy aún en malas condiciones generales, precordio rítmico, sin soplos, con dificultad respiratoria, neurológicamente somnoliento, con pérdida progresiva el estado de consciencia, únicamente con apoyo ventilatorio y analgesia, solicitado por familiares; En días previos, familiares están de acuerdo en no recurrir a maniobras de reanimación cardiopulmonar en caso de ser necesario, a lo que deciden no aceptar medidas invasivas de reanimación. Fecha y hora de defunción: 31/10/2015 a las 23:50hrs.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
CHOQUE SEPTICO	LABORATORIOS GENERALES
TUBERCULOSIS PULMONAR	ESQUEMA ANTIBIOTICO
DIABETES MELLITUS	MANEJO MEDICO
IEECCION POR VIH	CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA


DR AGUSTIN ALARCON MADERO

JEFE DE LA DIVISION
(Nombre y firma)

DR ALFARO

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)