



64/5885

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

M5

FOLIO

150683886

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

## 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

JUAN

Nombre(s)

AVILA

Apellido paterno

JUACHE

Apellido materno

## 2. CURP

AIJ3591227HSPVCN09 Se ignora 99

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora

99

4. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

Se ignora

## 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

Se ignora

## 6. PESO

Kilogramos

Gramos

## 7. TALLA

Metros

Centímetros

## 8. FECHA DE NACIMIENTO

27 12 1959

Día

Mes

Año

## 9. EDAD

CUMPLIDA

Para menores de una hora

Para menores de un día

Para menores de un mes

Para menores de un año

Para personas de un año o más

0 5 5

Años cumplidos

Se ignora

## 10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Soltero(a)

Casado(a)

Se ignora

## 11. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

CROTONES 93

FRACC VALLE DE Dalias

SAN LUIS POTOSI

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD

Ninguna

Primaria incompleta

Secundaria incompleta

Bachillerato o preparatoria incompleta

Profesional

Se ignora

Preescolar

Primaria completa

Secundaria completa

Bachillerato o preparatoria completa

Posgrado

O 10

13. Ocupación Habitual

ODONTOLOGO

Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

O 7

Otra

O 8

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS Oportunidades

O 10

Se ignora

O 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

2412000382

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaria de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

O 5

Unidad médica privada

O 9

HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORENO PRIETO

15.1 Nombre de la unidad médica

SPSSA 001102

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar

O 11

Se ignora

O 99

Vía pública

O 10

Otro lugar

O 12

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

AVENIDA VENUSTIANO CARRANZA 2395

ZONA UNIVERSITARIA

SAN LUIS POTOSI

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

SAN LUIS POTOSI

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

31 10 2015

23:50

Horas

Minutos

Dia

Mes

Año

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí

No

Se ignora

O 99

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí

No

O 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

a) CHOCHE 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) DIABETES MELLITUS TIPO II

Debido a (o como consecuencia de)

intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

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

El parto

El puerperio

Si

No

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si

No

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

Si

No

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

O 0

Área industrial (taller, fábrica u obra)

O 6

Área deportiva

O 3

Granja (rancho o parcela)

O 7

Calle o carretera (vía pública)

O 4

Otro

O 8

Área comercial o de servicios

O 5

Se ignora

O 9

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

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí

No

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

O 0

Área deportiva

O 3

Granja (rancho o parcela)

O 7

Calle o carretera (vía pública)

O 4

Otro

O 8

Área comercial o de servicios

O 5

Se ignora

O 9

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

Nombre(s)

AVILA

Apellido paterno

JUACHE

Apellido materno

HERMANA

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico

O 3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

O 4

Autoridad civil

O 5

Otro

O 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

8162248

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE

S. A.

Apellido paterno

Armenta

Apellido materno

29. DOMICILIO

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

Día

Mes

Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

San Luis Potosi

34.2 Día

Mes

Año

Núm. 05

Libro Núm. 05

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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 Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

150683886

EL REG. CIVIL



Nombre: JUAN ALVAREZ JUACHE		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad: 33A
Domicilio: CROTONS #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, hipotensor, 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 conciencia, 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
INFECCION POR VIH	CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA

DR AGUSTÍN ALARCÓN MADERO

JEFÉ DE LA DIVISIÓN  
(Nombre y firma)

DR ALFARO

MÉDICO TRATANTE  
(Nombre y firma)