



Paciente: NANCY GUADALUPE HUERTA SEGURAId..... : HCR342411
Médico : A QUIEN CORRESPONDA Sexo : F Sala : CIM
Cedula : 940579 Fecha: 12-OCT-2015 Hora: 17:46
Diagnos: TUMOR CEREBRAL F.Nac: 12-OCT-1987 Edad: 28A



CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO

Cama : A-4 Fecha de Recolección: 12/10/15 Hora de Recolección: 17:20

ANTIBIOTERAPIA : No tiene

TINCION DE GRAM : No pmn, no se observan formas bacterianas.

RECUESTO BACTERIANO :

CULTIVO : Sin desarrollo a los 6 días de incubación

OBSERVACIONES :

*Realizo: MTHA

Fec: 13-OCT-2015 Hora: 11:29

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO COMPLETO

	Unidades		Unidades
Cant. Recibida : 2.6	mL	Aspecto	: TRANSPARENTE
Proteínas : 18.8	mg/dl	Glucosa	: 92.4 mg/dl
Cloro : 128.0	meq/L	Tinta China	: NEGATIVO
Celulas por mm3: 6	c/mm3	Eritrocitos	: 2 c/mm3
Leucocitos : 4	c/mm3	Cuenta Dif. PMN. : ---	%
Cuenta Dif. MN.: ---	%	Prueba de Pandy : NEGATIVO	
T. de GRAM: FORMAS SUGESTIVAS A BGN OCASIONALES. FAVOR DE CONFIRMAR CON CULTIVO.			
Crenocitos :	%		

COAGLUTINACIONES

N. Meningitidis B/E.coli:	N.Meningitidis A.....:
N. Meningitidis C.....:	N.Meningitidis Y/W135:
H. influenzae b.....:	S.pneumoniae.....:
Streptococcus B.....:	

NOTA:

*Realizo: FATIM

Fec: 12-OCT-2015 Hora: 18:39





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

Modelo 2015
FOLIO

2795
150684648

*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 PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Nancy Guadalupe</u> Apellido paterno <u>Huerta</u> Apellido materno <u>Segura</u>	
2. CURP <u>HUISN8703119MSPRGIN03</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2
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 <u>83</u> Kilogramos <u>60</u> Gramos	7. TALLA <u>1</u> Metros <u>60</u> Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>1903119</u> Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u>28</u> Minutos Para menores de un día <u>28</u> Horas Para menores de un mes <u>28</u> Días Para menores de un año <u>28</u> Meses Para personas de un año o más <u>28</u> Años cumplidos	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>15122015</u>	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input 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) 11.1 Calle y número <u>Los Robles 2077</u> 11.2 Colonia <u>Rivas Buillon</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 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 checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 <u>24087066191</u>	
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 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital central Ignacio Morones Prieto</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>24087066191</u>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Ave. Venustiano Carranza 2395</u> 16.2 Colonia <u>Zona Universitaria</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>15122015</u> Día Mes Año <u>110</u> Horas <u>00</u> Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRÁCTICÓ 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) <u>Edema cerebral</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Encefalopatía Espongiforme</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> 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 morbosos que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 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 <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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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 Nombre(s) <u>Victor Tomas</u> Apellido paterno <u>Puente</u> Apellido materno <u>Garcia</u>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Pareja</u>	
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 Número de la cédula profesional <u>7942621</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Liliana Denisse Valencia</u> Apellido paterno <u>Sanchez</u> Apellido materno <u></u>	
29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO <u>Ave Venustiano Carranza 2395 Zona Universitaria</u>	
31. FIRMA <u></u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>15122015</u> Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad	