

Hospital Central, Dr. Ignacio Morones Prieto

Laboratorio de Análisis Clínicos

Ave. Venustiano Carranza 2395, Tels. 834-27-00 Ext 117 y 118 ó 834-27-56

Hoja: 1/1



Paciente: NANCY GUADALUPE HUERTA SEGURA Id..... : HCR342411

Médico : A QUIEN CORRESPONDA

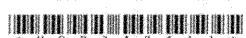
Sexo : F Sala : CIM

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.

RECUENTO BACTERIANO :

CULTIVO : Sin desarrollo a los 6 días de incubación

OBSERVACIONES :

*Realizo: MTHA

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

LIQUIDO CEFALORAQUIDEO 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

295
150684648

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN 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.

150684648

DE DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nancy Guadalupe Nombre(s)		Apellido paterno Huerta		Apellido materno Segura	
		2. CURP HUSIN830319MSPIR6N013		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input 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 83 Kilogramos		7. TALLA 160 Metros Centímetros	
		8. FECHA DE NACIMIENTO 19031983 Día Mes Año		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> Días Para menores de un año <input type="radio"/> Meses Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input checked="" 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) Los Rosas 2077 11.1 Calle y número		11.2 Colonia Rivas Sullen		11.3 Localidad Son Luis Potosí	
		11.4 Municipio o delegación Secretaría de Graciela Sanchez		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
DE LA DEFUNCIÓN		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 type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <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 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 24087066191			
		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 <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 Manlio Mariano Pinto		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Ave. Venustiano Carranza 2395 Zona Universitaria		16.1 Calle y número		16.2 Colonia	
		16.4 Municipio o delegación San Luis Potosí		16.3 Localidad San Luis Potosí		16.5 Entidad federativa	
		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15/12/2015 10:00:00 Dia Mes Año Horas 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 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, astenia, etc.) Edema cerebral Debido a (o como consecuencia de) Encefalosclerosis Espástica Debido a (o como consecuencia de) Epilepsia Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia Cardíaca Debido a (o como consecuencia de)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				Usa exclusivo del personal codificador	
		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 estuve 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 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	
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		23. SI LA MUERTE FUÉ 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 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	
DEL CERTIFICANTE		24. NOMBRE Victor Tomas Nombre(s)		Apellido paterno Puente		Apellido materno Garcia	
		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Pareja					
		26. CERTIFICADA POR Médico tratarante <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 7912621 Número de la cédula profesional			
		28. NOMBRE Liliana Denisse Valencia Nombre(s)		Apellido paterno		29. TELÉFONO	
		30. DOMICILIO Ave. Venustiano Carranza 2395 Zona Universitaria		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
EL REG. CIVIL		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número <input type="radio"/> 1 Libro Número <input type="radio"/> 2		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad		34.2 Fecha de certificación Día Mes Año	