



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160620503

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	2. CURP Se ignora	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora	6. PESO 60 Kilogramos	7. TALLA 1.70 Metros	8. FECHA DE NACIMIENTO 25 05 1976 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	
	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"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora				
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle y número Villa de Reyes	11.2 Colonia Villa de Reyes	11.3 Localidad San Luis Potosí	11.4 Municipio o delegación Villa de Reyes	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Méjico	
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora	Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora	13. OCUPACIÓN HABITUAL Hospital Central Ignacio Márquez Prieto	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2406317846	
	IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada	15.1 Nombre de la unidad médica Hospital Central Ignacio Márquez Prieto	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av Venustiano Carranza 2395 Zona Universitaria	16.1 Calle y número San Luis Potosí	16.2 Colonia San Luis Potosí	16.3 Localidad San Luis Potosí	16.4 Municipio o delegación San Luis Potosí	16.5 Entidad federativa San Luis Potosí
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11 03 2016 17:43 Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote la causa en el idioma inglés. Evite señalar modos de muerte: sangrado, paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		
	a) Debido a (o como consecuencia de) Bloqueo Séptico			b) Debido a (o como consecuencia de) Sistemasclerosis		
c) Debido a (o como consecuencia de) Pancitopenia			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			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estoy embarazada en los 11 meses previos a la muerte			Uso exclusivo del personal codificador			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora			23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) 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 23.7.4 Municipio o delegación			23.7.3 Localidad 23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9224261 Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			29. TELÉFONO 8 3427 00			
30. DOMICILIO Av. Venustiano Carranza #2395 Zona Universitaria			31. FIRMA Ávila			
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11 03 2016 Día Mes Año			33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Número 5 Libro Número 5			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad San Luis Potosí			34.2 Lugar de defunción San Luis Potosí			

160620503



PROSPEREMOS JUNTOS  
Gobierno del Estado 2015-2021

Begonias # 180, Dalias  
78399 San Luis Potosí, México  
Tel/Fax: (444) 824-5466 y 824-9406  
Correo-e: lespslp@lepslp.com.mx

SERVICIOS  
DE SALUD



LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA  
LABORATORIO DE VIROLOGÍA



941407

**INFORME DE PRUEBA**

Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Av. Venustiano Carranza No. 2395  
(444) 813-0343, 813-0395

Nombre o Código del Paciente: ALCC760525

Edad: 39 años Especimen: Suero

Fecha de Colección: 19/11/15

Formato de Fechas: dd / mm / aa

Fecha y Hora de Emisión de Resultados: 24/11/15 11:27:13 AM

Folio LESP: SI06-111697

Fecha de Recepción: 20/11/15

Fecha de Proceso: 23/11/15

**RESULTADOS**

(SI06) Anticuerpos totales anti-VIH 1 y 2

Reactivos

Método: QUIMIOLUMINISCENCIA

Observaciones:

Q.B.P. Antonio Martínez Govea

Jefe del Departamento de Apoyo a Vigilancia Epidemiológica

Este informe no podrá ser reproducido parcial ni totalmente sin la previa autorización del Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Este resultado se refiere únicamente a la(s) muestra(s) recibida(s).

M.S.P. Raúl Cárdenas Flores  
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública.

CCP/675

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA  
INFORME ANATOMOPATOLOGICORegistro Patología : Q-1315-16  
Registro Hospitalario : 00941407Nombre del Paciente: ALVAREZ COTA CARLOS JESUS  
Servicio : S-003 MEDICINA HOMBRES

Edad : 39

Sexo : MASCULINO

Cama :

Material Enviaido : BX MEDULA OSEA

Dx. Clínico : PB TB

Medico : JASSO

Fecha de Recibido : 7/03/2016

Fecha de Informe : 11/03/2016

## Descripción Macroscópica:

Para estudio histopatológico, se recibe en un primer frasco, un coágulo de médula ósea de 1.1g, rojizo y friable. En un segundo frasco, se recibe una biopsia por trucut de hueso de 1.3 x 0.2cm, café, semifirme, se somete a proceso de decalcificación y desacidificación, posteriormente se incluye en su totalidad a proceso.

CSG

## Relación de Cortes y Cápsulas:

2c

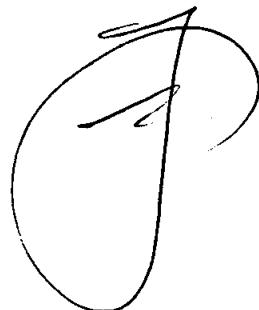
## Diagnóstico Microscópico:

## COAGULO DE MEDULA OSEA:

- HISTOPLASMOSIS.
- REACCIÓN INFLAMATORIA GRANULOMATOSA.

COMENTARIO:

RFE/MRS



Código T

Código M