



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

FOLIO

160620503

94K107

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Carlos Jesús Álvarez Coto Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
	2. CURP	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	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 60 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.70 Metros Centímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO 25/05/1976 Día Mes Año		
DE LA DEFUNCIÓN	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: 39 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 0		
	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 type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 0		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Camino Viejo a Bloques 24-A Barrio El Santuario Villa de Reyes 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Villa de Reyes San Luis Potosí		
	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 checked="" 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 Mecánico 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 2406317846		
	DE LA DEFUNCIÓN	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"/> 8 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 Ignacio Morones Prieto			
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CEUES)			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Avenustiano Caranza 2395 Zona Universitaria San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad San Luis Potosí San Luis Potosí			
16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa			
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"/> 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 o más causas en la designación. Evite señalar modos de morir: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque Séptico b) Distorsión como consecuencia de c) Asma asmática d) Rincitopenia 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 morboso que la produjo			
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
Código CIE			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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 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		
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
DEL INF.	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 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:		
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE José Felipe Álvarez Dorantes Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre		
	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 9224261 Número de la cédula profesional		
DEL REG. CIVIL	28. NOMBRE María Isabel Jasso Ávila Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
	29. TELÉFONO 8 34 27 00		
	30. DOMICILIO Av. Venustiano Caranza #2395 Zona Universitaria		
	31. FIRMA [Firma]		
DEL REG. CIVIL	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/03/2016 Día Mes Año		
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 5 Libro Núm. 5		
DEL REG. CIVIL	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad San Luis Potosí		
	34.2 Fecha de registro		



160620503



SERVICIOS  
DE SALUD



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@lespslp.com.mx

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

Formato de Fechas: dd/mm/aa

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

Nombre o Código del Paciente: ALCC760525

Folio LESP: SI06-111697

Edad: 39 años

Especimen: Suero

Fecha de Recepción: 20/11/15

Fecha de Colección: 19/11/15

Fecha de Proceso: 23/11/15

RESULTADOS

(SI06) Anticuerpos totales anti-VIH 1 y 2

Reactivo

Método: QUIMIOLUMINISCENCIA

Observaciones:

Q.B.P. Antonio Martínez Govea

Jefe del Departamento de Apoyo a Vigilancia Epidemiológica

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

MP

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).

11/11/15

20/11/15

ccp/640

11/03/2016

HOSPITAL CENTRAL 'DR. IGNACIO MORALES PRIETO'

10:34AM

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA  
INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Registro Patología : 0-1315-16  
Registro Hospitalario : 00941407

Nombre del Paciente: ALVAREZ COTA CARLOS JESUS  
Servicio : S-003 MEDICINA HOMEBRES

Edad : 39  
Cama :

Sexo : MASCULINO

Material Enviado : 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 medula osea 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:

- HISTIOPLASMOSIS.

- REACCION INFLAMATORIA GRANULOMATOSA.

COMENTARIO:

RFE/MRS

Código T

Código M