



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160620523

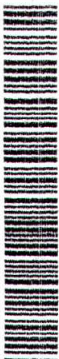
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

946738

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) Lucina Gonzalez Aguilar Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
	2. CURP G O A L 6 3 0 6 3 0 M 5 P N G C 0 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 09		6. PESO 55.5 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.58 Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 3 0 0 6 1 9 6 3 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: 0 5 2 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 09				
	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"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número: Calle Principal SN 11.2 Colonia: Rioverde 11.3 Localidad: Ojo de Agua Seco 11.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):				
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 099 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10			13. OCUPACIÓN HABITUAL Ama de casa Se ignora <input type="radio"/> 099 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099			14.1 Número de seguridad social o afiliación 2403033716	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 Hospital Central IMP 15.1 Nombre de la unidad médica IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 099				
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: Venostiano Carranza 2395 16.2 Colonia: Cal. Universitaria 16.3 Localidad: San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa:				
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1 6 0 3 2 0 1 6 2 2 : 2 0 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
	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) Cráneo hipertensivo Debido a (o como consecuencia de) b) Aracnoiditis Debido a (o como consecuencia de) c) Tuberculosis meningea Debido a (o como consecuencia de) d) Hipertensión Arterial 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
	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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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 INF.	24. NOMBRE Victorino Gonzalez Aguilar Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano	
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8872431 Número de la cédula profesional	
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Oscar Armando Gonzalez Ponce Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			29. TELÉFONO	
	30. DOMICILIO Av. Venostiano Carranza 2395, Cal. Universitaria, San Luis Potosí, SLP			31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 1 6 0 3 2 0 1 6 Día Mes Año	
EL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 05, Libro Núm. 65			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad:	



160620523



SERVICIOS
DE SALUD

PROSPEREMOS JUNTOS

Gobierno del Estado 2015-2021

Begonias # 180, Dallas

78399 San Luis Potosí, México

Tel/Fax: (444) 824-5466 y 824-9406

Correo-e: lespslp@lespslp.com.mx



SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE MICOBACTERIAS



16/02/2016 11:40:43 AM

No. de Folio: 30000-112874

Nombre: LUCINA

GONZALEZ

AGUILAR

Edad: 52 Meses: 0

No. de Muestras: 1

Espécimen: LCR (Líquido Cefalorraquídeo)

Fecha de Recepción: 23/12/2015

Estudio: CULTIVO

Fecha de Toma de Muestra: 14/12/2015

Procedencia: HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

RESULTADOS

Tinción de BAAR: NO SE OBSERVO BAAR

Cultivo: SIN DESARROLLO EN 56 DIAS

Sensibilidad por el Método Fluorométrico MGIT					
ANTIFÍMICO	CONCENTRACIÓN (μ g/ml)	RESULTADO	ANTIFÍMICO	CONCENTRACIÓN (μ g/ml)	RESULTADO
Rifampicina	1		Etambutol	5	
Isoniazida	0.1		Estreptomina	1	

R= Resistente

S= Sensible

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.

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).



SERVICIOS
DE SALUD

PROSPEREMOS JUNTOS

Gobierno del Estado 2015-2021

Begonias # 180, Dallas

78399 San Luis Potosí, México

Tel/Fax: (444) 824-5466 y 824-9406

Correo-e: lespslp@lespslp.com.mx



SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE MICOBACTERIAS



07/03/2016 02:36:08 PM

No. de Folio: 30000-100039

Nombre: LUCINA

GONZALEZ

AGUILAR

Edad: 53 Meses: 0

No. de Muestras: 1

Espécimen: LCR (Líquido Cefalorraquídeo)

Fecha de Recepción: 06/01/2016

Estudio: CULTIVO

Fecha de Toma de Muestra: 05/01/2016

Procedencia: HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

RESULTADOS

Tinción de BAAR: NO SE OBSERVO BAAR

Cultivo: SIN DESARROLLO EN 56 DIAS

Sensibilidad por el Método Fluorométrico MGIT					
ANTIFÍMICO	CONCENTRACIÓN (μ g/ml)	RESULTADO	ANTIFÍMICO	CONCENTRACIÓN (μ g/ml)	RESULTADO
Rifampicina	1		Etambutol	5	
Isoniazida	0.1		Estreptomina	1	

R= Resistente

S= Sensible

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.

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).