

QFB. Sergio A. Salazar Salazar

3PARTICULAR

Página 1

Fecha: 20 Mar 2016 10:46:09

No. Registro: 6080-0037

Edad: 37 Años  
Sexo: MasculinoSolicitado por el Doctor: **Miguel Angel Flores Vazquez**Paciente: **Francisco Javier Gomez Agundiz****RESULTADO****Ac. Anti. HIV1/HIV2**Método: inmunoenzimático directo de fase sólida (EIA)

\*\*\*

**VALORES DE REFERENCIA**

Negativo	0.00	0.89
Limitrofe	0.90	0.99
Reactiv/Mayor o igual		1.00

El estudio se procesó por dos metodologías:

VITROS ECI

## \*\*\* Ac .anti HIV1/HIV2

Método: Inmunoquimioluminiscencia

Número de lote: 3430

Fecha de caducidad: 28/Julio/2016

Control Negativo: 0.31

Control Positivo: 4.24

Punto de Corte: 1.0

Punto de Corte del Paciente: 98.4 REACTIVO

## \*\*\*Inmunocombs II

Lote del reactivo: 150325

Caducidad del Reactivos: 25/Marzo/2016

Resultado del paciente: REACTIVO

  
**Q.F.B. Ana H. Jonguitud Azuara**  
**Céd. 1673841**
**Q.F.B. Leonor Reyna González Yáñez**  
**Céd. 859084**  
**RESULTADOS VERIFICADOS.**

**Laboratorios Lister le recuerda:** Un diagnóstico clínico lo debe hacer un médico calificado, y un resultado aislado es insuficiente para establecerlo. La decisión tomada por cualquier integrante de la comunidad médica de remitir estudios de laboratorio a **Laboratorios Lister**, está basada en la capacidad, confiabilidad y calidad de su servicio. **Laboratorios Lister** declara enfáticamente estar en contra de la dicotomía, ya que ésta viola principios morales, éticos y legales.





954482

Modelo 2016  
FOLIO

160620571

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)											
	Francisco Javier Gomez						Apellido materno Agundis					
DEL FALLECIDO	2. CURP		60AF781229HSPM6P02		Se ignora		3. SEXO		4. NACIONALIDAD			
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO		9. EDAD		10. ESTADO CONYUGAL	
	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Kilogramos . Gramos		Metros . Centímetros		29 12 1975		CUMPLIDA		En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> 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	
	11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)									
	Priv Segunda Carrizal 27		Soleada		Soleada Graciano Sanchez		11.3 Localidad		11.1 Calle y número		11.2 Colonia	
	Soleada Graciano Sanchez		San Luis Potosí		San Luis Potosí		11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
	12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL									
	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		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica	
	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 Se ignora		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		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		Hospital Central		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> C			
	IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad		16.4 Municipio o delegación	
	Av Venustiano Carranza Zona universitaria San Luis Potosí		San Luis Potosí		San Luis Potosí		San Luis Potosí		16.5 Entidad federativa			
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?							
12 50 03 2016 07:03		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9								
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE										
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte										
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Lista exclusiva del personal codificado Código CIE										
a) Enfermedad renal aguda Debido a (o como consecuencia de)												
b) Síndrome inmunodeficiencia adquirida Debido a (o como consecuencia de)												
c)												
d)												
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Hipersensibilidad al sistema										
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?				
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5										
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL, O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?						
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		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7						
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		Otro <input type="radio"/> 8						
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		Se ignora <input type="radio"/> 9						
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						