

San Luis Potosí
Un Gobierno para todos

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 BIOLOGÍA MOLECULAR



INFORME DE PRUEBA

Identificación del Complejo *M. Tuberculosis* y Resistencia a Rifampicina por PCR.

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: 01/10/15 11:20:49 AM

Nombre o Código del Paciente: MA. DOMINGA RAMIREZ HERNANDEZ

Folio LESP: 207-109845

Especimen: LCR (Líquido Cefalorraquídeo)

Fecha de Recepción: 28/09/15

Método Empleado: GeneXpert® Dx System Versión 4.3

Fecha de Proceso: 29/09/15

Complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Detectable
Resistencia a Rifampicina	No detectable

Observaciones: ----

Q.B.P. Antonio Martínez Gómez

Jefe del Departamento de Apoyo a Vigilancia Epidemiológica

M.S.P. Raúl Gárdena Flores

Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública.

SIEM

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).

CCP/E
12/10/15
RM



939750

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160621403

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

160621403

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Apellido paterno		Apellido materno				
	Ma Domingo Ramírez Hernández								
DE LA DEFUNCIÓN	2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD				
	RAHID421220M5PMRHO9		Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	
DE LA DEFUNCIÓN	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO		
	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	32 Kilogramos	Gramos	Metros	Centímetros	Día 20 Mes 01 Año 1942	
DE LA DEFUNCIÓN	9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Años cumplidos 73 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	Minutos	Horas	Días	Meses					
DE LA DEFUNCIÓN	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 type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9
DE LA DEFUNCIÓN	11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
	Privada Estatal De Vida		Monte Obscurito		San Luis Potosí				
DE LA DEFUNCIÓN	11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad				
	Mexquic de Camarena								
DE LA DEFUNCIÓN	11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
DE LA DEFUNCIÓN	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	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					
DE LA DEFUNCIÓN	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación						
	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	2402035745			
DE LA DEFUNCIÓN	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				
DE LA DEFUNCIÓN	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica						
	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital Central Ignacio Morón Potosí	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12		
DE LA DEFUNCIÓN	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99		
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad		
	Av. Venustiano Carranza 2395 Zona Universitaria		San Luis Potosí		San Luis Potosí		San Luis Potosí		
DE LA DEFUNCIÓN	16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa						
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
	Día 02052016	Mes 05	Año 2016	Horas 11:50	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
DE LA DEFUNCIÓN	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								
DE LA DEFUNCIÓN	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) Falla orgánica múltiple Debido a (o como consecuencia de)						
	{		b) Infarto hemorrágico cerebral derecho temporal Debido a (o como consecuencia de)						
DE LA DEFUNCIÓN	c) Tubercolosis meningea Debido a (o como consecuencia de)		d) Tubercolosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de)						
			Hiperdensidad cerebral sítico anular						
DE LA DEFUNCIÓN	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		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)?		
	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	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador
DE LA DEFUNCIÓN	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		Sí <input type="radio"/> 1		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
					Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial (taller, fábrica u oficina)		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	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8		
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9			
	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						
DEL INF.	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		
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						
	Fidencia	Vacaciones Ramírez							
REG. CIVIL	26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
	Médico tratante <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	895108 Número de la cédula profesional		
REG. CIVIL	28. NOMBRE		29. TELÉFONO						
	Luis Enrique Chávez	Luján							
REG. CIVIL	30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
	Av. Venustiano Carranza 2395				02052016				
REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
			34.1 Localidad						