

No validado

Nombre: VAZQUEZ,JACOBO , MA DE JESUS

Sexo:

ID de paciente: 434872

Fecha nacimiento:

ID de la muestra: HCR443697

Fecha/hora de extracción:

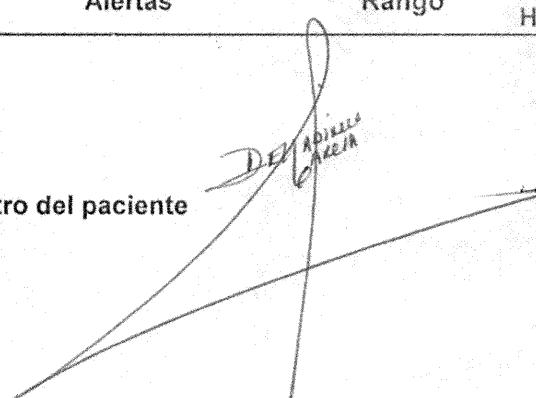
Procedencia:

Doctor:

Ensayo	Resultado	Unidades	Alertas	Rango	Fecha finalización Hora de finalización
_HIV Ag/Ab	704.25 Reactive	S/CO			05.17.2016 12:44

PRIMERA MUESTRA.

Fin del registro del paciente

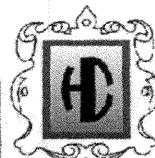


Hospital Central, Dr. Ignacio Morones Prieto

Laboratorio de Analisis Clínicos

Ave. Venustiano Carranza 2395, Tels. 834-27-00 Ext 117 y 118 ó 834-27-56

Hoja: 1/1



Paciente: MA DE JESUS VAZQUEZ JACOBO
Médico : RAZIEL
Cedula : 454872
Diagnos.: SD CONJUNTIVO

Id..... : HCR443677

Sexo : F Sala : URA
Fecha: 17-MAY-2016 Hora: 10:18
F.Nac: 17-MAY-1983 Edad: 33A



CITOLOGIA DE MOCO FECAL

Leucocitos: NO SE OBSERVAN LEUCOCITOS
Polimorfonucleares.: %
Mononucleares: %

*Realizo: OPLD

Fec: 17-MAY-2016 Hora: 14:40

COPROPARASITOSCOPICO DIRECTO

Resultado : Se observa quistes de Blastocystis hominis

*Realizo: MJME

Fec: 17-MAY-2016 Hora: 13:44





SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

99016
FOLIO

160621448

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
*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

160621448

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
2. CURP		V. J. G. 211221 S P I Z C O N S		Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO			
				Hombre <input type="radio"/> 01		Mujer <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 09		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO			
Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Kilogramos <input type="radio"/> 000 Gramos <input type="radio"/> 000		Metros <input type="radio"/> 000 Centímetros <input type="radio"/> 000		Día <input type="radio"/> 00 Mes <input type="radio"/> 00 Año <input type="radio"/> 00			
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	Se ignora <input type="radio"/> 09		
		Minutos	Horas	Días	Meses	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"/> 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 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		11.2 Colonia		11.3 Localidad					
11.4 Municipio o delegación		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"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL						
		Preescolar <input type="radio"/> 02 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10	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 type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08	14.1 Número de seguridad social o afiliación						
		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"/> 99	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input 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	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)						
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad							
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad					
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa							
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día <input type="radio"/> 01 05 Mes <input type="radio"/> 06 Año <input type="radio"/> 16 Horas <input type="radio"/> 00 Minutos <input type="radio"/> 00	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?						
			Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20.1 Parte I							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		20.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo							
a) <i>Choque Mixto</i> Debido a (o como consecuencia de)		20.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte							
b) <i>Síndrome diarreico Crónico</i> Debido a (o como consecuencia de)		20.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE							
c) <i>Síndrome de Inmunodeficiencia Humana</i> Debido a (o como consecuencia de)									
d)									
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN							
Código CIE									
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?			
El embarazo <input type="radio"/> 01		El parto <input type="radio"/> 02		El puerperio <input type="radio"/> 03		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
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 type="radio"/> 05							
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			
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		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Vivienda particular <input type="radio"/> 00	Área deportiva <input type="radio"/> 03	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07		
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		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04	Otro <input type="radio"/> 08			
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							
24. NOMBRE		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)									
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input 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			
28. NOMBRE		Número de la cédula profesional							
29. TELÉFONO									
30. DOMICILIO		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
		34.1 Localidad							
35. REG. CIVIL									