



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

FOLIO

160625503

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Norma Griselda

Nombre(s)

Ramírez

Apellido paterno

Jimenez

Apellido materno

2. CURP

Se ignora

99

Hombre

1

Mujer

2

Se ignora

99

Mexicana

1

Otra

2

Se ignora

99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

2

Se ignora

9

6. PESO

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

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

Años cumplidos

28

Se ignora

99

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

4

Separado(a)

6

Divorciado(a)

3

Viudo(a)

2

Soltero(a)

1

Casado(a)

5

Se ignora

9

11. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Marmal 365

las Piedras

San Luis Potosí

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

12. ESCOLARIDAD

Ninguna

1

Primaria incompleta

2

Secundaria incompleta

4

Bachillerato o preparatoria incompleta

11

Profesional

7

Se ignora

99

Preescolar

12

Primaria completa

3

Secundaria completa

5

Bachillerato o preparatoria completa

6

Posgrado

10

13. OCUPACIÓN HABITUAL

Se ignora

99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

1

ISSSTE

3

SEDENA

5

Seguro Popular

7

Otra

8

IMSS

2

PEMEX

4

SEMAR

6

IMSS Oportunidades

10

Se ignora

99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

1

IMSS

3

PEMEX

5

SEMAR

7

Unidad médica privada

99

IMSS Oportunidades

2

ISSSTE

4

SEDENA

6

Otra unidad pública

8

15.1 Nombre de la unidad médica

10

Otro lugar

12

Hogar

11

Se ignora

99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

16 16 16

Día

Mes

Año

16

12

1990

Horas

Minutos

18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí

No

Se ignora

19. SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí

No

Se ignora

2

1

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada cuadro. Evite señalar modos de muerte como: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Debido a (o como consecuencia de)

Respiratoria

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionarlos y dar el orden en que ocurrieron

b)

Debido a (o como consecuencia de)

Respiratoria

Ultimo lugar la causa básica

c)

Debido a (o como consecuencia de)

Respiratoria

d)

d)

Debido a (o como consecuencia de)

Respiratoria

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

1

El parto

2

El puerperio

3

parto o puerperio?

22.2 Las causas anotadas fueron comúnmente propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente

1

Homicidio

2

Suicidio

3

Se ignora

9

23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí

No

2

Vivienda particular

3

Área deportiva

4

G. Injuria (rechazo o parcela)

5

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)

6

Calle o carretera (vía pública)

7

Escuela u oficina pública

8

Área comercial de servicios

9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?

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

24. NOMBRE

Yolanda

Nombre(s)

Rene

Apellido paterno

Apellido materno

Hernández

Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Hernández

Apellido materno

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

Autoridad civil

Otro

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

34.2 Día

34.3 Mes

34.4 Año

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

AAA824300

29. TELÉFONO

160625503

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

16062016

Día

Mes

Año

REG.

J.V.I.L.

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

34.2 Día

34.3 Mes

34.4 Año

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



Paciente: NORMA GRISELDA RAMIREZ JIMENEZ Id.....: HCR432002

Médico : GUDIÑO

Sexo : F

Sala : MED PPREVENTIVA

Cedula : 817089

Fecha: 21-ABR-2016

Hora: 11:10

Diagnos.:

F.Nac: 21-ABR-1988

Edad: 28A



BACILOSCOPIAS [BAAR]

Número de Muestra : 224 No/Muestras procesadas : 1
Tipo de Muestra : LAVADO GASTRICO

Fecha de recolección de Muestra 1 : 210416 Muestra 2 :
Fecha de recolección de Muestra 3 : Muestra 4 :
Fecha de recolección de Muestra 5 : Muestra 6 :

Comentarios :

Reporte de Bacilos ácido alcohol resistentes : **POSITIVO(+)**

INTERPRETACION DE RESULTADOS

NEGATIVO : No se observan Bacilos ácido alcohol resistentes en 100 campos Obs.

de 1 a 9 : Se informa el número de Bacilos en 100 Campos observados

Positivo(+) : Menos de 1 Bacilo (de 10-99 bacilos) en 100 Campos observados

Positivo(++) : de 1 a 10 Bacilos por campo en 50 campos observados

Fec: 22-ABR-2016 Hora: 14:16

Positivo(+++) : Mas de 10 Bacilos por campo en 20 campos observados

*Realizo: LCR



MH
FU 2372.
COEXPTES

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA
LABORATORIO DE BIOLOGIA MOLECULAR

INFORME DE PRUEBA DE Detección e identificación de Complejo *Mycobacterium tuberculosis* por GeneXper**Unidad Notificante: S.S.A.**

HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"
Av. Venustiano Carranza No. 2395
San Luis Potosi, S.L.P.
TELÉFONO: (444)813-0343, 813-0395

Fecha Toma Muestra: 2016-04-18

Fecha y Hora de Recepción: 2016-04-19 09h 18min

Fecha Inicio Análisis: 2016-04-21

Fecha y Hora de Informe: 2016-04-27 08h 15min

Folio Lab.: 103766Nombre
NORMA GRISELDA RAMIREZ JIMENEZEdad / Sexo
28 Años / Femenino

Municipio

Estado
S.L.P.**Diagnóstico**Detección e identificación de Complejo
Mycobacterium tuberculosis por GeneXper**Resultados****Complejo *Mycobacterium tuberculosis***

Detectable

Resistencia a Rifampicina

No detectable

Tipo de Muestra: LCR (Líquido Cefalorraquídeo)

02 Mayo 2016

Q.B.P. Antonio Martínez Govea
Jefe Departamento de Apoyo a Vigilancia Epidemiológica

MSP. Raúl Cárdenas Flores
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública