



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

FOLIO

160625523

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ADRIANA ROJAS GUTIERREZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
	2. CURP RIOGA730622ASSPDT0005 Se ignora ☐	
	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	
	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☒	
	6. PESO Kilogramos Gramos	
	7. TALLA Metros Centímetros	
	8. FECHA DE NACIMIENTO 22/06/1973 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 42 Se ignora ☐	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☒		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número Cruz Colón 352 11.2 Colonia San Juan Polanco 11.3 Localidad México 11.4 Municipio o delegación CDMX 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☒ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐		
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐		
14.1 Número de seguridad social o afiliación 2409700648-2		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		
15.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de México 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) 2409700648-2 Vía pública ☐ Hogar ☐ Otro lugar ☐ Se ignora ☐		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número Cruz Colón 245 16.2 Colonia San Juan Polanco 16.3 Localidad México 16.4 Municipio o delegación CDMX 16.5 Entidad federativa CDMX		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19/06/2016 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite usar términos de medicina popular: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque Séptico Debido a (o como consecuencia de) Sepsis Abdominal b) Perforación Intestinal Debido a (o como consecuencia de) Tuberculosis Intestinal c) Tuberculosis Intestinal Debido a (o como consecuencia de) Tuberculosis Intestinal PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 58.0		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o canchero (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o momento 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 Dr. Juan Gutierrez Hernandez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) madre		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Perito autorizado por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Adriana Rojas Gutierrez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
29. TELÉFONO 55 22 77 00		
30. DOMICILIO Cruz Colón 245, San Juan Polanco, CDMX		
31. FIRMA Adriana Rojas Gutierrez		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19/06/2016 Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad		

160625523

23/06/2016

HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORALES PRIETO"

9:22AM

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Registro Patología : 0-3613-16
Registro Hospitalario : 00549023

Nombre del Paciente: GONZALEZ ADRIANA
Servicio : S-002 CIRUGIA MUJERES
Edad : 42
Cama :
Sexo : FEMENINO
Material Enviado : EPIPLON CON LESION CASEOSA, PERITONEO PARIETAL. BORDES DE
Dr. Clínico : INTESTINO DELGADO PERFORADO
Medico : DR. DEAR
Fecha de Recibido : 20/06/2016
Fecha de Informe : 23/06/2016

Descripción Macroscópica:

Se reciben en 3 frascos separados 4 especímenes tisulares, el primero referido como epiploon de 5x2.2x0.5 cm, color amarillo con aspecto adiposo, y áreas blanco grisáceo, de bordes irregulares en el tercio medio lesión de aspecto caseoso de 1x1 cm al corte firme. Segundo de 2.3x0.9x0.5 y 1.2x0.7x0.04 cm, café amarillento con áreas grisáceas firmes al corte. Tercero de 2.9x1.7x0.5 cm blanco amarillento de aspecto adiposo al corte firme. Se incluye todo el material.

ML
20/06/16

Relación de Cortes y Cápsulas:

40

Diagnóstico Microscópico:

BIOPSIAS DE EPIPLON, PERITONEO PARIETAL Y BORDE DE INTESTINO DELGADO:

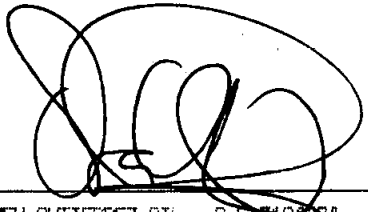
REACCION INFLAMATORIA CRONICA GRANULOMATOSA CASEIFICANTE.
CONSISTENTE CON TUBERCULOSIS PERITONEAL.
LAS TINCIONES ZN Y PAS FUERON NEGATIVAS.

COMENTARIO:

YGGG/GAIC

Código T

Código M


DRA. MARY CARMEN GUTIERREZ GIL C.E. 3194484