



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

MUNICIPIO 2010

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

160625570

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

JESUS Alberto

Nombre(s)

Miranda

Apellido paterno

Sánchez

Apellido materno

2. CURP

Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	
Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Kilogramos	Gramos	Metros
				Centímetros	Año

8. FECHA DE NACIMIENTO

22	05	19	77
Día	Mes	Año	

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
	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"/> 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

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"/> 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. OCUPACIÓN HABITUAL
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	13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

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	14.1 Número de seguridad social o afiliación
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	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

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	15.1 Nombre de la unidad médica
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 (CUES)

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

02 09 2016 Día	02 Mes	15 Año	10 Horas	15 Minutos	17.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
----------------	--------	--------	----------	------------	--

17.2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
--

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

Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	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: 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	20.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
--	---	---	--

			20.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
--	--	--	--

			20.5 Código CIE
--	--	--	-----------------

			20.6 Código CIE
--	--	--	-----------------

			20.7 Código CIE
--	--	--	-----------------

			20.8 Código CIE
--	--	--	-----------------

			20.9 Código CIE
--	--	--	-----------------

			20.10 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.11 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.12 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.13 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.14 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.15 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.16 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.17 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.18 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.19 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.20 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.21 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.22 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.23 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.24 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.25 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.26 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.27 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.28 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.29 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.30 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.31 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.32 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.33 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.34 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.35 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.36 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.37 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.38 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.39 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.40 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.41 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.42 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.43 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.44 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.45 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.46 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.47 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.48 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.49 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.50 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.51 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.52 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.53 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.54 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.55 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.56 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.57 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.58 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.59 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.60 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.61 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.62 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.63 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.64 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.65 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.66 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.67 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.68 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.69 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.70 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.71 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.72 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.73 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.74 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.75 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.76 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.77 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.78 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.79 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.80 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.81 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.82 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.83 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.84 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.85 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.86 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.87 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.88 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.89 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.90 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.91 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.92 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.93 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.94 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.95 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.96 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.97 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.98 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.99 Código CIE
--	--	--	------------------

			20.100 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.101 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.102 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.103 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.104 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.105 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.106 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.107 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.108 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.109 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.110 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.111 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.112 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.113 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.114 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.115 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.116 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.117 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.118 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.119 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.120 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.121 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.122 Código CIE
--	--	--	-------------------

			20.123 Código CIE
--	--	--	-------------------

760 686

M. H

760686.

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: 2016-06-06

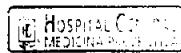
Fecha y Hora de Recepción: 2016-06-07 09h 20min

Fecha Inicio Análisis: 2016-06-08

Fecha y Hora de Informe: 2016-06-10 12h 47min

Folio Lab.: 107449Nombre
JESUS ALBERTO MIRANDA SANCHEZEdad / Sexo
38 Años / Masculino

Municipio

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

17 JUN. 2016

Complejo *Mycobacterium tuberculosis*

No detectable

Tipo de Muestra: LCR (Líquido Cefalorraquídeo)

P-11.

Q.B.P. Antonio Martínez Govea
Jefe Departamento de Apoyo a Vigilancia EpidemiológicaMSP. Raúl Cárdenas Flores
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública

ABCS

HOJA 1 DE 1

Este informe no podrá ser reproducido parcial ni totalmente sin la previa autorización del Laboratorio.

Este resultado se refiere únicamente a la (s) muestra (s) recibida (s)

Begonias #180, Dalias S.L.P. México

Tel/Fax: (444) 824-5466 - 824-9406 lespslp@lespslp.com.mx

30 JUN. 2016

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: 2016-06-15****Fecha y Hora de Recepción: 2016-06-16 10h 30min****Fecha Inicio Análisis: 2016-06-17****Fecha y Hora de Informe: 2016-06-23 09h 35min****Folio Lab.: 108228****Nombre**
JESUS ALBERTO MIRANDA SANCHEZ**Edad / Sexo**
39 Años / Masculino**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)**Q.B.P. Antonio Martínez Govea**
Jefe Departamento de Apoyo a Vigilancia Epidemiológica**MSP. Raúl Cárdenas Flores**
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública
M.H.

ABC5

HOJA 1 DE 1

Este informe no podrá ser reproducido parcial ni totalmente sin la previa autorización del Laboratorio.

Este resultado se refiere únicamente a la (s) muestra (s) recibida (s)

Begonias #180, Dalias S.L.P. México

Tel/Fax: (444) 824-5466 - 824-9406 lespslp@lespslp.com.mx