

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"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			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									
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) Privada México 114 Texera Chica 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 Preescolar <input type="radio"/> 12 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. OCUPACIÓN HABITUAL 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 checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 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						14.1 Número de seguridad social o afiliación []			
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 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08						15.1 Nombre de la unidad médica [] 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 [] Día Mes Año Horas Minutos						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? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Menstruación Debido a (o como consecuencia de) b) Embarazo Debido a (o como consecuencia de) c) Parto Debido a (o como consecuencia de) d) Parto Debido a (o como consecuencia de) CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionados en último lugar la causa básica: PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Cirrosis hepática						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [] Uso exclusivo del personal codificador Código CIE []			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 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						22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09						23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 04 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) 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									

760686

M. H

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR

760686.

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 Potosí, 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.: 107449

Nombre
JESUS ALBERTO MIRANDA SANCHEZ

Edad / Sexo
38 Años / Masculino

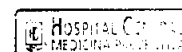
Municipio

Estado
S.L.P.

Diagnóstico

Detección e identificación de Complejo
Mycobacterium tuberculosis por GeneXper

Resultados



17 JUN. 2016

Complejo *Mycobacterium tuberculosis*

No detectable

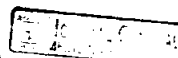
Tipo de Muestra: LCR (Líquido Cefalorraquídeo)

P-11.

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

MSP. Raul Cardenas Flores
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR



30 JUN. 2016

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 Potosí, 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. Raul Cardenas Flores
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública

M.H.