



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

160625578

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Daniel Guadalupe		Martínez		Martínez						
	Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno								
	2. CURP		M A M D 97 12 11 H S P R R N O 1		Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombr e <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO						
	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9		Kilogramos . Gramos		Metros . Centímetros		Día 11 Mes 12 Año 1997				
	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"/> 9				
	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						
	Ignacio Allende No. 56			Bosque del Amparo			San Luis Potosí						
	Cárdenas									11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
	11.4 Municipio o delegación												
	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				Se ignora <input type="radio"/> 9		
	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										14.1 Número de seguridad social o afiliación		
	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		24 16 1206 23						
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									
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN										15.1 Nombre de la unidad médica			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital Central Dr. Ignacio M. Méndez Prieto	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12							
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99							
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN										16.3 Localidad			
Avenida Venustiano Carranza 2395			Zona Universitaria			San Luis Potosí			16.5 Entidad federativa				
16.1 Calle y número	16.2 Colonia	16.4 Municipio o delegación	16.6 Localidad	16.8 Entidad federativa									
16.3 Día 03 Mes 07 Año 2016	16.4 Horas 21:55	16.5 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	16.6 Se ignora <input type="radio"/> 9	16.8 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2									
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN										18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
18.1 Día 03 Mes 07 Año 2016	18.2 Horas 21:55	18.3 Sí <input type="radio"/> 1	18.4 No <input type="radio"/> 2	18.5 Se ignora <input type="radio"/> 9	19. ¿SE PRACTICÓ NECRÓPSIA?								
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)										19.1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
PARTE I										19.2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente										19.3 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
a) Falla orgánica múltiple										19.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
b) Debido a (o como consecuencia de) Agranoiditis										19.5 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
c) Debido a (o como consecuencia de) Tuberculosis de Sistema Nervioso Central										19.6 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
d) Debido a (o como consecuencia de)										19.7 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
PARTE II										19.8 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo										19.9 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS										21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:										22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?									
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	22.5 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6									
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE										23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	O homicidio <input type="radio"/> 2	23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 3	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3									
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7									
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:										Otro <input type="radio"/> 8			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión										23.7 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión										23.8 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
23.7.1 Calle y número	23.7.2 Colonia	23.7.3 Localidad	23.9 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE										
23.7.4 Municipio o delegación										23.10 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
24. NOMBRE										25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Juan			Martínez			Loredo			Padre				
Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno							
26. CERTIFICADA POR										27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input type="radio"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	8954108							
28. NOMBRE										28. TELÉFONO			
Luis Enrique			Chávez			Luján							
Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno							
30. DOMICILIO										31. FIRMA			
Avenida Venustiano Carranza 2395 Zona Universitaria										32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
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										

*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

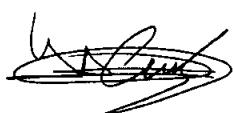
160625578

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: 2016-06-27****Fecha y Hora de Recepción: 2016-06-28 08h 56min****Fecha Inicio Análisis: 2016-06-29****Fecha y Hora de Informe: 2016-07-01 09h 05min****Folio Lab.: 109226****Nombre**
DANIEL GUADALUPE MARTINEZ MARTINEZ**Edad / Sexo**
18 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