



Paciente: YSAAC HERNANDEZ ORTA

Id.: HCR460476

Médico : NAJERA

Sexo : M

Sala : MED PREVENTIVA

Cedula : 965629

Fecha: 22-JUN-2016

Hora: 11:08

Diagnos.: PB TB

F.Nac: 22-JUN-1959

Edad: 57A

**BACILOSCOPIAS [BAAR]**

Número de Muestra : 528 No/Muestras procesadas : 1
Tipo de Muestra : EXPECTORACION

Fecha de recolección de Muestra 1 : 230616 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
Positivo(+++) : Mas de 10 Bacilos por campo en 20 campos observados

Fec: 24-JUN-2016 Hora: 14:15

Realizo: MGMM

Impreso:

24-JUN-2016 02:18:00 p.m.

*mgmm

Q.F.B. Maria Anita de Lira Torres

Jefe de Laboratorio

Reg. SSA No. 338-QFB, Ced. Prof. 995213

Q.F.B. Claudia Lourdes Delgadillo Garcia

Subjefe de Laboratorio

Reg. Est.: SLP-2168/2010 QFB, Ced. Prof. 1564848





Hospital Central
Dr. Ignacio Morones Prieto

MEDICINA PREVENTIVA
HOJA DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO ANTIFIMICO

NOMBRE: YSAAC HERNANDEZ ORTA EDAD: 57 AÑOS SEXO: F
PESO: 75 Kg. TALLA: 1.76.
SERVICIO: MEDICINA HUMANA CAMA: P-8. REGISTRO HOSPITALARIO: 9656229
TELÉFONO: _____

ESTUDIOS RADIOLOGICOS

ESTUDIOS RADIOLOGICOS			
FECHA	ESTUDIO REALIZADO	INTERPRETACION	
21/06/16	TAC TORAX	SIN EVIDENCIA	DE TUBERCULOSIS
21/06/16	RX TORAX	SIN EVIDENCIA	DE TUBERCULOSIS
FECHA	PPD	INDURACION.	ERITEMA.
—	—	—	—

DIAGNOSTICO/ ENFERMEDADES CONCOMITANTES
DM2

TRATAMIENTO SOLICITADO

- 1.- Dabhal 4 tabletas Lunes a Sábado
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

NOMBRE DEL MEDICO ADJUNTO TRATANTE DR. ALFARO / DR. JORGE VEGA

FIRMA _____

NOMBRE DEL MEDICO INFECTOLOGO DR. ANTONIO ORTEGA

FIRMA _____



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

160626088

Leonardo FOLIO

965629

J. H. H.

*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) Nombre(s) <u>Ysaac</u> Apellido paterno <u>Hernandez</u> Apellido materno <u>Orta</u>	3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
	2. CURP [Blank]	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	6. PESO Kilogramos [Blank] Gramos [Blank]	
	7. TALLA Metros [Blank] Centímetros [Blank]	8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>10</u> Año <u>95</u>	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Blank] Minutos [Blank] Para menores de un día [Blank] Horas [Blank] Para menores de un mes [Blank] Días [Blank] Para menores de un año [Blank] Meses [Blank] Para personas de un año o más <u>57</u> Años cumplidos [Blank] Se ignora ☐ 9	
	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) 11.1 Calle y número <u>transcol. Madro #36</u> 11.2 Colonia <u>El Cerito</u> 11.3 Localidad <u>El Cerito</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Santa Ana del Rio</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>S.L.P.</u>	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 9 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Posgrado ☐ 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9
DE LA DEFUNCIÓN	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 ☐ 9	14.1 Número de seguridad social o afiliación [Blank]	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 15.1 Nombre de la unidad médica [Blank] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Blank] Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 11 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 9	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Blank] 16.2 Colonia [Blank] 16.3 Localidad [Blank] 16.4 Municipio o delegación [Blank] 16.5 Entidad federativa [Blank]	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>13</u> Mes <u>06</u> Año <u>2016</u> Horas <u>06</u> Minutos <u>51</u>	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Falla Orgánica múltiple</u> Debido a (o como consecuencia de) [Blank] b) <u>Neumonía Asesada a cuidados de Salud</u> Debido a (o como consecuencia de) [Blank] c) <u>Tuberculosis de Pulmón</u> Debido a (o como consecuencia de) [Blank] d) [Blank] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [Blank]	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Blank]	22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2
	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 ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Blank]	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Blank]	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Blank]	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Blank] 23.7.2 Colonia [Blank] 23.7.3 Localidad [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación [Blank] 23.7.5 Entidad federativa [Blank]
DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) <u>Ysaac</u> Apellido paterno <u>Hernandez</u> Apellido materno <u>Orta</u>	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Blank]		
DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Blank]		
	28. NOMBRE Nombre(s) [Blank] Apellido paterno [Blank] Apellido materno [Blank]	29. TELÉFONO [Blank]		
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO [Blank]	31. FIRMA [Blank]	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Blank] Mes [Blank] Año [Blank]	
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Blank] Libro Núm. [Blank] 33.1 Acta Núm. [Blank]	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Blank] 34.2 Municipio o delegación [Blank] 34.3 Entidad federativa [Blank] 34.4 Día [Blank] Mes [Blank] Año [Blank]		

160626088