



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

FOLIO

160626133

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, 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) Francisco García Armendariz Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno | | | | |
| | 2. CURP GARCIA FRANCISCO GARCIA ARMENDARIZ Se ignora <input type="radio"/> 99 | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 | 4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" 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 checked="" 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 25 Se ignora <input type="radio"/> 09 | | | | |
| DE LA DEFUNCIÓN | 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 checked="" 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) 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 checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10 | | 13. OCUPACIÓN HABITUAL Vendedor Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" 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 2416097662-1 | | |
| | 15. SITIO DE OCURENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" 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 (CLUES) 15.3 Localidad 15.4 Entidad federativa 15.5 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | | |
| | 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 23 07 2016 04:25 Día Mes Año Horas Minutos | | 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 02 |
| | 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Choque Séptico Debido a (o como consecuencia de) Neumonía por Pneumocystis JIROVECCI b) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Debido a (o como consecuencia de) c) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose 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 morboso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 16 hrs 1 sem 3 años 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 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | | | |
| | MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS | 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"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 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)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09 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 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa | | | |
| 24. NOMBRE M. T. L. Armendariz Armendariz Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno | | | | 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) M. T. L. Armendariz | |
| 26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08 | | 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional | | | |
| 28. NOMBRE M. T. L. Armendariz Armendariz Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno | | 29. TELÉFONO 244-13-10-00 | | | |
| DEL CERTIFICANTE | 30. DOMICILIO 2375 Calle 2375 L.P. | | 31. FIRMA M. T. L. Armendariz | | 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año |
| | 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO | | 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad | | |



160626133

25/07/2016

HOSPITAL CENTRAL 'DR. IGNACIO MORONES PRIETO'

10:17AM

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
I N F O R M E A N A T O M O P A T O L O G I C O

Registro Patología : Q-4317-16
Registro Hospitalario : 00470885

Nombre del Paciente: GARCIA ARMENDARIZ FRANCISCO Edad : 25 Sexo : MASCULINO
Servicio : S-004 MEDICINA MUJERES Cama :

Material Enviado : GANGLIO CERVICAL + AMIGDALAS

Dx. Clínico : VIH + PROBABLE TUBERCULOSIS

Médico : MARTINEZ

Fecha de Recibido : 18/07/2016

Fecha de Informe : 25/07/2016

Descripción Macroscópica:

Se reciben tres laminillas para estudio previamente teñidas con giemsá, se
destiñen y se etiquetan

icn

Relación de Cortes y Cápsulas:

3 laminillas

Diagnóstico Microscópico:

ASPIRADO DE MEDULA OSEA:

- NEGATIVO PARA ZN. PAS Y GROCOTT.

COMENTARIO:

El material se recibió sin filiación y teñido con giemsá y se realiza-
ron tinciones sobre ese material.

RFE/MRS

Código T

Código M

DR. REYNALDO FALCON ESCOBEDO CED.E. 689460 MAT. 3047

25/07/2016

HOSPITAL CENTRAL 'DR. IGNACIO MORNES PRIETO'

10:16AM

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
I N F O R M E A N A T O M O P A T O L O G I C O

Registro Patología : Q-4279-16
Registro Hospitalario : 00967527

Nombre del Paciente: GARCIA ARMENDARIZ FRANCISCO Edad : 25 Sexo : MASCULINO
Servicio : S-003 MEDICINA HOMBRES Cama :

Material Enviado : BIOPSIA DE PIEL POR TROCAR
Dx. Clínico : ANGIOMATOSIS BACILAR
Medico : LUCATERO
Fecha de Recibido : 15/07/2016

Fecha de Informe : 25/07/2016

Descripción Macroscópica:

Se recibe biopsia de piel de 0.5x0.5x0.5cm, superficie de aspecto granular
cafe grisacea, consistencia ahulada

icn 15/07/2016

Relación de Cortes y Cápsulas:

1c

Diagnóstico Microscópico:

BIOPSIA DE PIEL:
- SARCOMA DE KAPOSSI

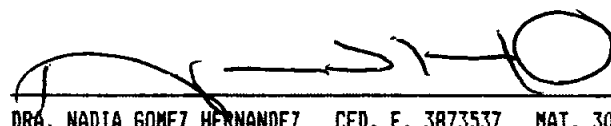
COMENTARIO:

La tinción de Warthin Starry fue negativa para bacilos.

NGH/MRS

Código T

Código M



DRA. NADIA GOMEZ HERNANDEZ CED. E. 3873537 MAT. 3095



CONSULTORIO CARDIEL

Paciente : 62555 Francisco García Armendariz

Edad : 25 Años Sexo : Masculino

Médico : José Manuel Cardiel Macías

6183-0007



Fecha : 1 jul 2016

Hora : 11:43:03 a. m. Impresión: miércoles, 6 jul 2016, 17:13

Resultado

Valores de Referencia

Western blot HIV 1

Método : Inmunotransferencia.

| | | |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Anticuerpos anti GP 160 (ENV) | Positivo | Negativo |
| Anticuerpos anti GP 110/120 (ENV) | Positivo | Negativo |
| Anticuerpos anti P.68 (POL) | Positivo | Negativo |
| Anticuerpos anti P.55 (GAG) | Positivo | Negativo |
| Anticuerpos anti P.52 (POL) | Positivo | Negativo |
| Anticuerpos anti GP 41 (ENV) | Positivo | Negativo |
| Anticuerpos anti P.40 (GAG) | Positivo | Negativo |
| Anticuerpos anti P.34 (POL) | Positivo | Negativo |
| Anticuerpos anti P.24/25 (GAG) | Positivo | Negativo |
| Anticuerpos anti P.18 (GAG) | Positivo | Negativo |

Observaciones Generales :

Interpretación: Se sugiere realizar carga viral de HIV.

Atentamente

QCB. Marina Treviño Hernández
 Ced. Prof. 1998824



| | | |
|---------------------------------------|---------------------|-------------|
| Paciente: FRANCISCO GARCIA ALMENDARIZ | Id..... : HCR470903 | |
| Médico : MARTINEZ | Sexo : M | Sala : MEM |
| Cedula : 967527 | Fecha: 14-JUL-2016 | Hora: 13:53 |
| Diagnos.: VIM SIDA | F.Nac: 14-JUL-1991 | Edad: 25A |



BACILOSCOPIAS [BAAR]

Número de Muestra : 329 No/Muestras procesadas : 3
 Tipo de Muestra : LAVADO GASTRICO

Fecha de recolección de Muestra 1 : 14/07/2016 Muestra 2 : 16/07/2016
 Fecha de recolección de Muestra 3 : 17/07/2016 Muestra 4 :
 Fecha de recolección de Muestra 5 : Muestra 6 :

Comentarios :

Reporte de Bacilos ácido alcohol resistentes : **NEGATIVO**

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: 19-JUL-2016 Hora: 14:29

*Realizo: GMR