



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160626133

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Francisco

García

Armendariz

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

GAAP91062111111111

Se ignora

99

3. SEXO

Hombre

1

Mujer

2

Se ignora

99

4. NACIONALIDAD

Mexicana

1

Otra

2

Se ignora

99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

SI

O1

No

O2

Se ignora

99

6. PESO

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

Metros

.

Centímetros

Días

Mes

Año

8. FECHA DE NACIMIENTO

25

Se ignora

99

DEL FALLECIDO

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

O4

Separado(a)

O6

Divorciado(a)

O3

Viudo(a)

O2

Soltero(a)

O1

Casado(a)

O5

Se ignora

O9

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

O1

Primaria incompleta

O2

Secundaria incompleta

O4

Bachillerato o preparatoria incompleta

O11

Profesional

O7

Se ignora

99

Preescolar

O12

Primaria completa

O3

Secundaria completa

O5

Bachillerato o preparatoria completa

O6

Posgrado

O10

13. OCUPACIÓN HABITUAL

V.P. 30000

Se ignora

99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

O1

ISSSTE

O3

SEDENA

O5

Seguro Popular

O7

Otra

O8

IMSS

O2

PEMEX

O4

SEMAR

O6

IMSS Oportunidades

O10

Se ignora

99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

2116097862 - 1

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

O1

IMSS

O3

PEMEX

O5

SEMAR

O7

Unidad médica privada

O9

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública

O10

Otro lugar

O12

IMSS Oportunidades

O2

ISSSTE

O4

SEDENA

O6

Otra unidad pública

O8

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar

O11

Se ignora

99

DE LA DEFUNCIÓN

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

10

7

2016

04

125

Dia Mes Año Horas Minutos

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

Sí

O1

No

O2

Se ignora

O9

Sí

O1

No

O2

20 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Choque Septico

Debido a (o como consecuencia de)

b)

Neumonía Por Pneumocystis Jiroveci

c)

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

d)

Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

O1

El parto

O2

El puerperio

O3

No estuvo embarazada en los

O5

últimos 11 meses previos a la muerte

O5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí

O1

No

O2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí

O1

No

O2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente

O1

Homicidio

O2

Suicidio

O3

Se ignora

O9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Vivienda particular

O0

Aréa deportiva

O3

Granja

O7

(rancho o parcela)

Calle o carretera

O4

(vía pública)

O8

Otro

O9

Área comercial o de servicios

O5

Se ignora

O9

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

23.7.4 Municipio o delegación

23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMBRE

M. T. I.

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante

O1

Médico legista

O2

Otro médico

O3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

O4

Autoridad civil

O5

Otro

O8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE

M. T. I.

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO

M. T. I.

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

30. FIRMA

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

M. T

25/07/2016

HOSPITAL CENTRAL 'DR. IGNACIO MORNES PRIETO'

10:17AM

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

Registro Patología : 0-4317-16
Registro Hospitalario : 00470885

Nombre del Paciente: GARCIA ARMENDARIZ FRANCISCO
Servicio : S-004 MEDICINA MUJERES

Edad : 25

Sexo : MASCULINO

Cama :

Material Enviado : GANGLIO CERVICAL + AMIGDALAS
Dx. Clínico : VIH + PROBABLE TUBERCULOSIS
Medico : MARTINEZ
Fecha de Recibido : 18/07/2016

Fecha de Informe : 25/07/2016

Descripción Macroscópica:

Se reciben tres laminillas para estudio previamente teñidas con giemsa. 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 fijación y teñido con giemsa y se realizaron 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 MORONES PRIETO'

10:16AM

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
INFORME ANATOMOPATOLOGICO

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

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

Material Enviado : BIOPSIA DE PIEL POR TROCAR
Dx. Clinico : 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:

ic

Diagnóstico Microscópico:

BIOPSIA DE PIEL:
- SARCOMA DE KAPOSSI

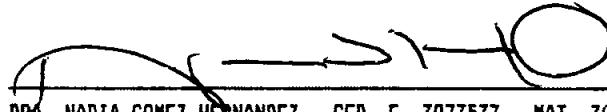
COMENTARIO:

La tinción de Warthin Starry fue negativa para bacilos.

NGH/MRS

Código T

Código M


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



6183-0007



CONSULTORIO CARDIEL

Paciente : 62555 Francisco García Armendariz

Edad : 25 Años Sexo : Masculino

Médico : José Manuel Cardiel Macías

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
M. Treviño H.
 Céd. Prof. 1998824



Paciente: FRANCISCO GARCIA ALMENDARIZ	Id..... : HCR470903
Médico : MARTINEZ	Sexo : M
Cedula : 967527	Sala : MEM
Diagnos.: VIM SIDA	Fecha: 14-JUL-2016
	Hora: 13:53
	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

