



FOLIO VERG.
00311678

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

Modelo 2016
FOLIO

160627680

589800

*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>Hermelinda</u> Apellido paterno <u>Zavala</u> Apellido materno <u>LSpez</u>		
	2. CURP <u>HA</u>		3. SEXO Hombre ☐ Se ignora ☐ 99 Mujer ☒ 2
	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		
DE LA DEFUNCIÓN	6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>29</u> <u>10</u> <u>1958</u>		
	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 <u>54</u> Se ignora ☐ 9		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		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>Tulcan 59</u> 11.2 Colonia <u>Parque los Lopez</u> 11.3 Localidad <u>Merquicia de Cuernavaca</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Merquicia de Cuernavaca</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>CDMX</u>		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☒ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 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
	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 ☐ 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2409</u>
	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 <u>Unidad Médica de Emergencia</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>2409</u> 15.3 Localidad <u>Merquicia de Cuernavaca</u> 15.4 Entidad federativa <u>CDMX</u> 15.5 Tipo de establecimiento <u>Hogar</u> ☐ 11 Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Se ignora ☐ 99		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Tulcan 59</u> 16.2 Colonia <u>Parque los Lopez</u> 16.3 Localidad <u>Merquicia de Cuernavaca</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Merquicia de Cuernavaca</u> 16.5 Entidad federativa <u>CDMX</u>		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <u>29</u> <u>10</u> <u>2016</u> <u>20</u> <u>21</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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Infarto de miocardio</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Septicemia</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Malnutrición secundaria a enfermedad crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Botulismo</u> 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 morboso que la produjo <u>DM-2</u>			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>20</u>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área deportiva ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Área comercial o de servicios ☐ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <u>2</u>		
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión</u> <u>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión</u>		
	23.7.1 Calle y número <u>23.7.2 Colonia <u>23.7.3 Localidad</u></u>		



Paciente: HERMELINDA ZAVALA LOPEZ Id.....: HCR462143
Médico : A QUIEN CORRESPONDA Sexo : F Sala : UTI
Cedula : 711626 Fecha: 26-JUN-2016 Hora: 14:37
Diagnos.: NEUROINFECCION POR FISTULA DE LCIF.Nac: 26-JUN-1959 Edad: 57A



CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO

Cama : Fecha de Recolección: 26/06/16 Hora de Recolección: 12:00

ANTIBIOTERAPIA : Ceftriaxona

TINCION DE GRAM : Pmn abundantes, mn +, cgp +, bgn +

RECUESTO BACTERIANO :

CULTIVO : Acinetobacter baumannii complex

OBSERVACIONES : En bolsa de recoleccion de orina para bebe.

*Realizo: PMS

Fec: 30-JUN 2016 Hora: 12:10

ANTIBIOGRAMA

Organismo Seleccionado: Acinetobacter baumannii complex

I N F O R M E D E S E N S I B I L I D A D					
Antibiotico	CMI	Inter.	Antibiotico	CMI	Inter.
Amicacina	>=64	R	Ampicilina/Sulbactam	>=32	R
Aztreonam	>=64	R	Cefepima	>=64	R
Ceftriaxona	>=64	R	Ciprofloxacino	>=4	R
Gentamicina	>=16	R	Meropenem	>=16	R
Tigeciclina	2	S	Trimetoprima/Sulfametoxazol	>=320	R
Colistina	*12 mm	S			

Observaciones: * Método de difusión en disco

*Realizo: Vitek

Fec: 30-JUN-2016 Hora: 12:10