



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

Modelo 2016

FOLIO

965779

160627700

UTIP

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Mia Nicole

Nombre(s)

Castillo

Apellido paterno

Castillo

Apellido materno

2. CURP

MACHM16062016000000XAC Se ignora O₉₉

3. SEXO

Hombre O₁Mujer O₂Se ignora O₉

4. NACIONALIDAD

Mexicana O₁Otra O₂Se ignora O₉

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí O₁No O₂Se ignora O₉

6. PESO

Kilogramos

2

.000

Gramos

7. TALLA

Metros

0

.000

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

Día

20

Mes

06

Año

9. EDAD

CUMPLIDA

Para menores de una hora Minutos Horas Para menores de un día Días Para menores de un mes Meses Para menores de un año Años cumplidos Se ignora O₉

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre O₄Separado(a) O₆Divorciado(a) O₃Viudo(a) O₂Soltero(a) O₁Casado(a) O₅Se ignora O₉

11. RESIDENCIA HABITUAL

Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Calle Juarez #19

11.1 Calle y numero

Colonia

go de la

11.2 Colonia

11.3 Localidad

San Nicolas Tolentino

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD

Ninguna O₁Primaria incompleta O₂Secundaria incompleta O₄Bachillerato o preparatoria incompleta O₁₁Profesional O₇Se ignora O₉₉Preescolar O₁₂Primaria completa O₃Secundaria completa O₅Bachillerato o preparatoria completa O₆Posgrado O₁₀

13. OCUPACIÓN HABITUAL

13.1 Trabajaba Sí O₁No O₂Se ignora O₉

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna O₁ISSSTE O₃SEDENA O₅Seguro Popular O₇Otra O₈IMSS O₂PEMEX O₄SEMAR O₆IMSS Oportunidades O₁₀Se ignora O₉₉

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud O₁IMSS O₃PEMEX O₅SEMAR O₇Unidad médica privada O₉₉

Hospital Central

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública O₁₀Otro lugar O₁₂IMSS Oportunidades O₂ISSSTE O₄SEDENA O₆Otra unidad pública O₈

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar O₁₁Se ignora O₉₉

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Av. Venustiano Carranza 2265

16.1 Calle y número

Colonia

16.3 Localidad

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

01 10 91 2016

16.4 Municipio o delegación

Día

Mes

Año

Horas

16.5 Entidad federativa

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

Sí O₁No O₂Se ignora O₉Sí O₁No O₂

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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)

Muerte Encefálica

Debido a (o como consecuencia de)

b)

Edema Cerebral

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Crisis Convulsivas

Debido a (o como consecuencia de)

d)

Neuroinfección

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

24

horas

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 O₁El parto O₂El puerperio O₃

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

Sí O₁No O₂

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

Sí O₁No O₂

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente O₁Homicidio O₂Si O₁No O₂Suicidio O₃Se ignora O₉Si O₁No O₂Se ignora O₉Vivienda particular O₀Área deportiva O₃Calle o carretera (vía pública) O₄Área comercial o de servicios O₅Área industrial (taller, fábrica u obra) O₆Granja (rancho o parcela) O₇Otro O₈Se ignora O₉

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



Paciente: CIELO CASTILLO SAAVEDRA
 Médico : CAMACHO
 Cedula : 965779
 Diagnos.: CHOQUE SEPTICO

Id..... : HCR483855
 Sexo : F Sala : TPE
 Fecha: 11-AGO-2016 Hora: 10:11
 F.Nac: 11-JUL-2016 Edad: 1M



HEMOCULTIVO DE CATETER CENTRAL

Cama : T-3 Fecha de Recolección: 11/08/2016 Hora de Recolección: 09:20

ANTIBIOTERAPIA : Cefotaxima

TINCION DE GRAM : Bgn

CULTIVO : Escherichia coli

OBSERVACIONES : Hora de detección = 22 hrs.24 min.

Fec: 15-AGO-2016 Hora: 12:46

*Realizo: MTTR

ANTIBIOGRAMA

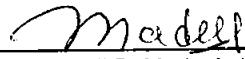
Organismo Seleccionado: Escherichia coli

INFORME DE SENSIBILIDAD			CMI Inter.	Antibiotico	CMI Inter.
Antibiotico	CMI	Inter.			
Amicacina	<=2	S	Ampicilina	<=2	S
Ampicilina/Sulbactam	<=2	S	Aztreonam	<=1	S
BLEE	Neg	-	Cefazolina	<=4	S
Cefepima	<=1	S	Ceftriaxona	<=1	S
Ciprofloxacino	<=0,25	S	Ertapenem	<=0,5	S
Gentamicina	<=1	S	Meropenem	<=0,25	S
Piperacilina/Tazobactam	<=4	S	Tigeciclina	<=0,5	S
Trimetoprima/Sulfametoxyzol	<=20	S			

Observaciones:

Fec: 15-AGO-2016 Hora: 12:46

*Realizo: A0412



Q.F.B. Maria Anita de Lira Torres

Jefe de Laboratorio

Impreso:
15-AGO-2016 12:47:45 p.m.

*mttr

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

