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

FOLIO 168397 160628035

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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) José Luis (Nombre(s)) Alonso (Apellido paterno) López (Apellido materno)

2. CURP AOLL670319HSPLPS04 Se ignora ○99

3. SEXO Hombre ☒1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD Mexicana ☒1 Otra ○2 Se ignora ○9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ☒2 Se ignora ○9

6. PESO Kilogramos . Gramos

7. TALLA Metros . Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO 19 (Día) 03 (Mes) 1967 (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 49 Años cumplidos; 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: Arco de la Libertad 116 A
11.2 Colonia: Fraccionamiento Arco de San Pedro
11.3 Localidad: San Luis Potosí 24
11.4 Municipio o delegación: Soledad de Graciano Sanchez 035
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):

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 Se ignora ○99
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: 24160821221

DE LA DEFUNCIÓN

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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Central
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número: Avenida Venustiano Carranza 2395
16.2 Colonia: Zona Universitaria
16.3 Localidad: San Luis Potosí 24
16.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí
16.5 Entidad federativa:

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17 (Día) 09 (Mes) 2016 (Año) 11:45 (Horas Minutos)

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, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Meningitis	Días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Tuberculosis Miliar	Meses	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Infección por VIH	11 años	

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

Uso exclusivo del personal codificador
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 ○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)?

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 Raquel Imelda (Nombre(s)) Balderas (Apellido paterno) Wong (Apellido materno)

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

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico ☒8 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil ○5 Otro ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9349994 (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE Jorge Alberto (Nombre(s)) Vega (Apellido paterno) Gomez (Apellido materno)

29. TELÉFONO 444 198 1000

30. DOMICILIO Av Venustiano Carranza 2395, Zona Universitaria, San Luis Potosí

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17 (Día) 09 (Mes) 2016 (Año)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad

160628035

Hospital Central, Dr. Ignacio Morones Prieto

Laboratorio de Analisis Clínicos

Ave. Venustiano Carranza · 2395, Tels. 834-27-00 Ext 117 y 118 ó 834-27-56

SLP PROSPEREMOS JUNTOS Gobierno del Estado 2015-2021

Paciente: JOSE LUIS ALONSO LOPEZ	Id..... : HCR498804	
Médico : ALEJANDRO	Sexo : M	Sala : MEM
Cedula : 968397	Fecha: 13-SEP-2016	Hora: 11:54
Diagnos.: TB MENINGEA	F.Nac: 13-SEP-1967	Edad: 49A

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO COMPLETO

		Unidades			Unidades
Cant. Recibida	**2.5**	mL	Aspecto	**XANTOCRÓMICO(++)**	
Proteínas	**470.08**	mg/dl	Glucosa	**28.57**	mg/dl
Cloro	**NO HAY REACTIVO**		Tinta China	**NEGATIVO**	
Celulas por mm3	**222**	c/mm3	Eritrocitos	**96**	c/mm3
Leucocitos	**126**	c/mm3	Cuenta Dif. PMN.	**70.0**	%
Cuenta Dif. MN.	**30.0**	%	Prueba de Pandy	**POSITIVO(++++)**	

T. de GRAM: **NO SE OBSERVAN FORMAS BACTERIANAS.**

Crenocitos ....: **6.0** %

COAGLUTINACIONES

N. Meningitidis B/E.coli:	N.Meningitidis A.....:
N. Meningitidis C.....:	N.Meningitidis Y/W135:
H. influenzae b.....:	S.pneumoniae.....:
Streptococcus B.....:	

NOTA:

Realizo: RMVP

Fec: 13-SEP-2016 Hora: 13:32

Impreso: 13-SEP-2016 01:35:01 p.m.

*rmvp

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 García
Subjefe de Laboratorio
Reg. Est.:SLP-2168/2010 QFB, Ced. Prof: 1564848

5/37

TB 04-I

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE TUBERCULOSIS

I DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Afiliación ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Folio ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NOMBRE: Alonso (Apellido Paterno) López (Apellido Materno) José Luis. (Nombre (s)) CURP ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

FECHA DE NACIMIENTO: 17 (Día) 03 (Mes) 1967 (Año) ESTADO: San Luis Potosí (de nacimiento) JURISDICION: (de nacimiento)

MUNICIPIO: San Luis Potosí (de nacimiento) EDAD: 49 (Años) (Meses) (Días) SEXO ☒ M ○ F

OCUPACION: Desempleado

ESCOLARIDAD: Primaria (Actual o último año aprobado)

Defunción 17-09-16

RESIDENCIA ACTUAL

Arco de Libertad 116-A (Calle y Número) Fracc. Villas de San Pedro (Colonia) San Luis Potosí (Estado) (Jurisdicción Sanitaria)

Soledad de Graciano Sánchez (Municipio) (Localidad)

TIPO DE MUNICIPIO: Municipio prioritario TB ☐ Municipio población indígena ☐ Municipio muy alta migración ☐

Municipio de alta marginación ☐ Municipio migración ☐ Municipio arranque parejo en la vida ☐

TIEMPO DE RADICAR EN DOMICILIO ACTUAL: ☐ Menos de 1 año ☐ De 1 a 5 años ☐ Más de 5 años

II DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

(Clave de la Unidad) San Luis Potosí (Estado) 1 (Jurisdicción Sanitaria) San Luis Potosí. (Municipio) (Localidad)

SSA (Institución) Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto (Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros))

Dr. Marco Banda (Nombre del Médico Notificante) Hospital Central. (Unidad de Adscripción)

DR. MARCO ISAAC BANDA LARA
MEDICINA INTERNA 5364765
INFECTOLOGIA 5982137
SSA: S.L.P. - 7525 / 2012

III DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de signos y síntomas 02 (Día) 09 (Mes) 2016 (Año)

Signos y síntomas: Inicia hace 1 semana con cefalea generalizada y cansancio, presenta bradilalia, pérdida del estado de alerta. A la exploración física con rigidez de nuca.

Método de diagnóstico: 4 5 6 1 = Baciloscopia, 2 = Cultivo, 3 = Histopatología, 4 = Clínico, 5 = Radiológico. 6 = Epidemiológico, 7 = Clínico Epidemiológico, 8 = Otros, 9 = Ignorado

IV LABORATORIO Y GABINETE

ESTUDIO	RESULTADOS	Fecha de solicitud Día	Mes	Año	Fecha de resultado Día	Mes	Año
5	1	12	09	2016	12	09	2016
7	2	12	09	2016	12	09	2016

15-09-16
PCR (LCR)
No Detectable
Vía Telefónica

1 = Baciloscopia, 2 = Cultivo, 3=Histopatología,
4 = Rx de tórax, 5 = TAC de cráneo, 6 = PCR,
7 = Citoquímico de LCR, 8 = Otros,
Especifique: ____________

Resultado de baciloscopía: 1 = BK + (una cruz), 2 = BK ++ (dos cruces), 3 = BK +++ (tres cruces), 4 = BK - (Negativo), 5 = Positivo, 6 = No se realizó, 7 = Muestra inadecuada, 8 = De 1 a 9 bacilos, 9 = Ignorado.
Resultado de cultivo y PCR: 1 = Positivo, 2 = Negativo, 9 = Ignorado.
Resultado para Rx de Tórax, TAC de cráneo, Histopatología y Citoquímico de LCR: 1 = Con datos sugestivos de TB, 2 = Sin datos sugestivos de TB, 9 = Ignorado.
Resultado de otro: 1= Positivo, 2 = Sugestivo, 3 = Negativo.

V TIPO DE PACIENTE, LOCALIZACION DE LA ENFERMEDAD, ANTECEDENTES DE

Tipo de paciente: [1]
1 = Caso nuevo, 2 = Reingreso, 3 = Recaída, 4 = Fracaso, 5 = Otros, 9 = Ignorado.

Documento de referencia de caso: Tarjeta binacional ( ) Hoja de referencia ( ) Otro documento (X)

Indicar el país de origen: [ ]
1 = E.U.A., 2 = Guatemala, 3 = Belice, 4 = Otro

Padeció tuberculosis anteriormente: [2]
1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. En caso afirmativo indique el año de diagnóstico: Año [ ]

Localización de la enfermedad: [1.3]
1 = Pulmonar, 2 = Meningea, 3 = Intestinal, Peritoneo, 4 = Ósea, 5 = Renal, 6 = Genito-urinario, 7 = Piel, 8 = Ojo, 9 = Oído, 10 = Glándula Tiroides, 11 = Glándula Suprarrenal, 12 = Ganglionar, 13 = Miliar, 14 = Pleural, 15 = Otras, 16 = SNC, 38 = Mixta

Localización de la enfermedad mixta: 2
[illegible]

Lugar de detección: [4]
1 = Consulta Externa, 2 = Pesquisa, 3 = Examen de contactos, 4 = Hospitalización, 5 = Reclusorio, 6 = Búsqueda activa, 9 = Ignorado.

Búsqueda activa: [illegible]

Si fue Reclusorio: Fecha de ingreso al Reclusorio: Día / Mes / Año
Nombre del Reclusorio

Fecha de notificación: 12 09 2016 (Día / Mes / Año)
Fecha de inicio de estudio: 12 09 2016 (Día / Mes / Año)
Fecha de término de estudio: 12 09 2016 (Día / Mes / Año)
Fecha de diagnóstico: 12 09 2016 (Día / Mes / Año)

Enfermedades asociadas: [1] [ ] [ ] [ ] [ ]
1 = VIH/SIDA, 2 = Alcoholismo, 3 = Diabetes, 4 = Desnutrición, 5 = Cirrosis hepática, 6 = Neoplasias, 7 = Insuficiencia Cardiaca, 8 = EPOC, 9 = Edema Agudo Pulmonar, 11 = Mixta, 96 = Otras, Especifique: _____
97 = Ninguna, 99 = Ignorado (Puede seleccionar más de una opción)

ENFERMEDAD	AÑO DE DIAG.	EN TRAT.	¿SE OFERTÓ LA PRUEBA?	FECHA DE RESULTADO DIA	MES	AÑO	RESULTADO**
VIH/SIDA	01/2005						
DIABETES							
DESNUTRICIÓN							
ALCOHOLISMO							
DROGAS I.V.							
OTRA							

* 1 = Sí, 2 = No
** 1 = Positivo, 2 = Negativo

Tuvo contacto con alguna persona que padezca o padeciera tuberculosis: [2] 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado
En caso afirmativo, indicar el lugar: _____ ESTADO _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD

Tiene cicatriz de BCG?: [1] 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado.
Le aplicaron PPD?: [ ] 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Resultado: [ ] 1 = Reactor, 2 = No reactor
Fecha de vacunación con BCG: [ ] [ ] [1967] (Día / Mes / Año)

Inició tratamiento [1] 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado.
Fecha de inicio de tratamiento: 17 09 2016 (Día / Mes / Año)

Esquema de tratamiento: [1] 1 = Primario acortado, 2 = Retratamiento primario, 3 = Retratamiento estandarizado, 4 = Retratamiento individualizado, 5 = Otro
Especifique: _____, 9 = Ignorado

VI ESTUDIO DE CONTACTOS

Número de contactos declarados: [4]

NOMBRE	SEXO* M	SEXO* F	EDAD**	EXAMINADO*** SI	SI	SI	NO	CASO SI	CASO NO	QUIMIOPROFILAXIS& SI	QUIMIOPROFILAXIS& NO
Raquel Imelda Balderas Wong		X	43				X		X		
Samuel Alonso Balderas	X		26				X		X		
José Luis Alonso Balderas	X		16				X		X		
Lorena María Wong Orozco			63				X		X		

* 1 = Masculino, 2 = Femenino

**En caso de que el paciente sea menor de un año registrar en edad: 00 y para los pacientes menores de 10 años registrar un cero antes de la edad, ejemplo:si el paciente tiene nueve años registrar 09.

*** 1 = PPD, 2 = BAAR, 3 = Cultivo, 4 = Radiografía, 5 = Clínico, 6 = Cicatriz de BCG.

& De acuerdo a la Modificación de la NOM-006-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.

VII SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA

Nota: Este apartado no es obligatorio para todos los casos; sólo se llenará cuando se sospeche farmacorresistencia al momento del diagnóstico.

Se realizó estudio de susceptibilidad antimicrobiana: [ ] 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Si la respuesta es sí, indicar el resultado en cada uno de los fármacos:

Isoniacida: [ ] Rifampicina: [ ] Pirazinamida: [ ] Estreptomicina: [ ] Etambutol: [ ]

Opciones de resultado para cada uno de los fármacos 1 = Sensible, 2 = Resistente, 3 = No realizado, 9 = Se ignora

Otros fármacos: [ ] 1 = Protionamida, 2 = Kanamicina, 3 = Amikacina, 4 = Capreomicina, 5 = Ofloxacina, 6 = Ciprofloxacina, 7 = Etionamida.

Fue analizado por el Comité Estatal de Farmacorresistencia: [ ] 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado.

DR. MARCO ISAAC BANDA LARA
MEDICINA INTERNA 6384765
IMSS-PROSPERA 0092154
SSA: S.L.P. - 7525 / 2012

FIRMA DEL MÉDICO NOTIFICANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL EPIDEMIÓLOGO JURISDICCIONAL

n Luis Potosí
Gobierno para Todos

Hospital Central
Dr. Ignacio Morones Prieto

MEDICINA PREVENTIVA
HOJA DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO ANTIFIMICO

NOMBRE: José Luis Alonso López EDAD: 49 años SEXO: Masc
PESO: 75 TALLA: 1.70
SERVICIO: Urgencias CAMA: Prep. B. REGISTRO HOSPITALARIO: 968397
TELEFONO: 8342700.

ESTUDIOS RADIOLOGICOS

FECHA	ESTUDIO REALIZADO	INTERPRETACION
12/sep	Rxtx.	Patron Miliar (micronodular difuso).
2/09/16.	TAC de craneo	Edema cerebral

FECHA	PPD	INDURACION.	ERITEMA.
2-09-2016			

DIAGNOSTICO/ ENFERMEDADES CONCOMITANTES

- VIH/SIDA C3
-
-
-
-

TRATAMIENTO SOLICITADO

1.- DoTBal 4 fcs PSM 4u
2.-
3.-
4.-
5.-

NOMBRE DEL MEDICO ADJUNTO TRATANTE DR. MARCO ISAAC BANDA LARA
MEDICINA INTERNA 6384765
INFECTOLOGIA 6982187
SSA. S.L.P. - 7525 / 2012

FIRMA

NOMBRE DEL MEDICO INFECTOLOGO Dr. Marco Isaac Banda Lara.

FIRMA DR. MARCO ISAAC BANDA LARA
MEDICINA INTERNA 6384765
INFECTOLOGIA 6982187
SSA. S.L.P. - 7525 / 2012

HOSPITAL CENTRAL
"Dr. Ignacio Morones Prieto"

NOTAS DE EVOLUCIÓN

HC-DM-EC-NE

Nº de Hoja

DATOS DEL PACIENTE

Nombre José Luis Alonso López

Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA **Edad** 49 años **Sexo** F ☐ M ☒

Servicio **Registro Hospitalario** **Cama**

Fecha DD / MM / AAAA **Hora**

Signos Vitales FC_____ FR_____ TA_____ T_____ SAT O2_____ PESO_____ TALLA_____ IMC_____

Escala de expresión facial de Wong-Baker (W-B): 0 No hay dolor; 2 Duele un poco; 4 Duele un poco más; 6 Duele más; 8 Duele mucho; 10 El peor dolor

Pronóstico: ☐ Bueno ☐ Reservado ☐ Malo **Estatus:** ☐ Delicado ☐ Grave ☐ Muy Grave

12.09.2016 Infectología
15.20hrs Enfermedad del [illegible] paciente masculino de 49 años [illegible] iniciado en fechas recientes quien ingresa hace 22 hrs por presentar cuadro de [illegible], [illegible] y [illegible]. Actualmente el paciente [illegible] y datos de cráneo hipertensivo. Se realizó TAC de cráneo donde se observa dilatación del sistema ventricular con borramiento de surcos [illegible] y [illegible] la fosa con [illegible] bilateral extenso compatible con imagen similar, el LCR con hiperproteinorraquia e hipoglucorraquia [illegible]. Por la severidad del cuadro, la inmunosupresión [illegible] y los datos sugerentes de tuberculosis, se solicita:
Dx doTBal 4tab PSNG lun-sab para [illegible] intensiva
IRX TB MDR/ [illegible] /TH-SIDA C3
Peso 65kg talla 1.6m
[illegible]
[illegible] contar protocolo de diagnóstico [illegible] tratamiento.
[illegible]

DR. MARCO ISAAC BANDA LARA
MEDICINA INTERNA 6384765
INFECTOLOGÍA 6984187
SSA: S.L.P. - 7525 / 2012

La NOM-004-SSA3-2012 exige que la Nota de Evolución debe contener: Nombre completo del paciente, Fecha y Hora, Signos Vitales, Datos del Interrogatorio y la Exploración Física, Toma de decisión con los Resultados de Laboratorio e Imagen, Diagnóstico(s), consignar la Guía de Práctica Clínica que aplica, Plan de Estudio y /o Tratamiento, Pronóstico, Estatus, Información a los Familiares, Médico Responsable

ES RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO TRATANTE LA CORRECTA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE, DEBE TENER LA FIRMA CON SU NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA PROFESIONAL EN CADA NOTA Y ÓRDEN MÉDICA.