



**SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

160628386

963763

cnl

24/09/16 AM

Deben

Q-5788-16

**ESTA COPIA DE CERTIFICACIÓN DEBE SER REMITIDA A LA SECRETARÍA  
AL DÍA 10 HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		Margarita	Hernandez	Carmena					
		Nombres	Apellido paterno	Apellido materno					
2. CURP			Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09					
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	Kilogramos	7. TALLA	Metros				
Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		Gramos	Centímetros	Dia	Mes				
8. FECHA DE NACIMIENTO					Año				
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	68	Se ignora <input type="radio"/> 99	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos			
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 type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99							
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)							
Fátima Oñate 11		Rumbera	Blanca						
11.1 Calle y número		11.2 Colonia	11.3 Localidad						
Méjico 11C		de Cármen							
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL							
Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 011 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 99							
Preescolar <input type="radio"/> 012 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 010		13.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación							
Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input 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									
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica							
Secretaría de Salud <input 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		Vía pública <input type="radio"/> 010 Otro lugar <input type="radio"/> 012							
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		Hogar <input type="radio"/> 011 Se ignora <input type="radio"/> 99							
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)									
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad							
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		2009 2016 21 : 35	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
Dia Mes Año Horas Minutos		Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02				
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		1							
a) Choque mixto. Debido a (o como consecuencia de)		1							
b) Cáncer metastásico. Debido a (o como consecuencia de)		1							
c) Debido a (o como consecuencia de)		1							
d)		1							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo		1							
Causas antecedentes (múltiples morbos), si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		1							
{		1							
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		1							
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Usa exclusivo del personal codificador	
El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03		El parto <input type="radio"/> 02		No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04									
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL, VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión						23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
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"/> 99		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 de servicios <input type="radio"/> 05						Área industrial (taller, fábrica u oficina) <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								25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Apellido paterno			Apellido materno				
26. CERTIFICADA POR								27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico <input type="radio"/> 01 Médico <input type="radio"/> 02 Otro <input type="radio"/> 03								Número de la cédula profesional	
Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04									
Autonomía <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08									
28. NOMBRE								29. Teléfono	
Adan Arango López									
Nombre(s)		Apellido paterno			Apellido materno				
30. DOMICILIO								31. FIRMA	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Número Libro Número									
33.1 Acta Número		34.1 Localidad							
34.2 Municipio o delegación									
34.3 Entidad federativa									
34.4 Dia									
Mes									
Año									
DEL REG. CIVIL									
DEL CERTIFICANTE INF.									

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA  
LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR

**INFORME DE PRUEBA DE Detección e identificación de Complejo *Mycobacterium tuberculosis* por GeneXper**

Unidad Notificante: S.S.A.

**HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"**  
Av. Venustiano Carranza No. 2395  
San Luis Potosí, S.L.P.  
TELÉFONO: (444)813-0343, 813-0395

Fecha Toma Muestra: 2016-08-24

Fecha y Hora de Recepción: 2016-08-24 09h 22min

Fecha Inicio Análisis: 2016-08-26

Fecha y Hora de Informe: 2016-08-30 09h 48min

Folio Lab.: 110673

Nombre  
MARGARITA HERNANDEZ CARMONA

Edad / Sexo  
68 Años / Masculino

Municipio

Estado  
S.L.P.

**Diagnóstico**

Detección e identificación de Complejo  
*Mycobacterium tuberculosis* por GeneXper

**Resultados**

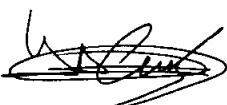
Complejo *Mycobacterium tuberculosis*

No detectable

Tipo de Muestra: Lavado Bronquial

06'09'16.

963763RH

  
Q.B.P. Antonio Martínez Govea  
Jefe Departamento de Apoyo a Vigilancia Epidemiológica

  
MSP. Raúl Cárdenas Flores  
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública