



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

FOLIO

160628386

963763

CM.

20/09/16 CM

Deben

P-5788-16

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Margarita Hernandez Carmona	
Nombre(s)		Apellido paterno	
Apellido materno			
2. CURP		3. SEXO	
		Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
4. NACIONALIDAD		Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	
Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Kilogramos Gramos	
7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Metros Centímetros		Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA		68	
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 <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"/> 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anotar 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		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"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09		Se ignora <input type="radio"/> 09	
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
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"/> 09			
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		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
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"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
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		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
20/09/2016 21:35		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE	
a) Choque mixto.		1	
b) Carcinoma metastásico			
c) Debido a (o como consecuencia de)			
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			
Hipertensión Arterial Sistémica			
Tuberculosis Pulmonar.			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto		23.2 Sitio donde ocurrió la lesión	
Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Área deportiva <input type="radio"/> 03	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04	
Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.5 Entidad federativa	
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 tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03		Número de la cédula profesional	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <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	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Día Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Núm. Libro Núm.		34.1 Localidad	
33.1 Acta Núm.		34.2 Municipio o delegación	
34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año	



160628386

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. Raul Cardenas Flores
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública