



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

FOLIO

160628425

969950

LAET.

100849
Antiguo

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICADO 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) Alejandro Rangel Casimiro Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
	2. CURP [Blank]	
	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
DE LA DEFUNCIÓN	5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	6. PESO 3.800 Kilogramos Gramos	
	7. TALLA [Blank] Metros Centímetros	
	8. FECHA DE NACIMIENTO 18/08/2016 Día Mes Año	
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos Para menores de un día: [Blank] Horas Para menores de un mes: [Blank] Días Para menores de un año: [Blank] Meses Para personas de un año o más: [Blank] Años cumplidos Se ignora ☐	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank]	
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número: San Luis Potosí 11.2 Colonia: San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [Blank]	
	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐	
	13. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐	
DE LA DEFUNCIÓN	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐	
	14.1 Número de seguridad social o afiliación: 240008259503	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Hogar ☐ Otro lugar ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐	
	15.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Central Ignacio Morones Prieto 15.2 Nombre de la unidad médica: [Blank] 15.3 Nombre de la unidad médica: [Blank] 15.4 Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES): [Blank]	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: Av. Venustiano Carranza #2395 cd Zona Universitaria 16.2 Colonia: San Luis Potosí 16.3 Localidad: San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa: San Luis Potosí	
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 18/08/2016 16:00 Día Mes Año Hora Minutos	
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ Se ignora ☐	
	19. ¿SE PRÁCTICÓ LA AUTOPSIA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una o más causas en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debió a lo como consecuencia de: [Blank] b) Debió a lo como consecuencia de: [Blank] c) Debió a lo como consecuencia de: [Blank] d) Debió a lo como consecuencia de: [Blank] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en el último lugar la causa básica: [Blank] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: [Blank]	
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Blank]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
	22.2 Las causas anotadas fueron potenciales complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
	22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐	
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Blank]	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]	
	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Blank]	
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [Blank] 23.7.2 Colonia: [Blank] 23.7.3 Localidad: [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación: [Blank] 23.7.5 Entidad federativa: [Blank]	
	DEL INF.	24. NOMBRE Esmeralda Rangel Casimiro Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 43500007 Número de la cédula profesional		
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Alfonso Guerrero Rodríguez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
	29. TELÉFONO [Blank]	
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO Av. Calles #2395 cd Zona Universitaria	
	31. FIRMA [Signature]	
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 08/10/2016 Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Blank] Libro Núm. [Blank]	
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: [Blank] 34.2 Municipio o delegación: [Blank] 34.3 Entidad federativa: [Blank] 34.4 Día: [Blank] Mes: [Blank] Año: [Blank]	
	33.1 Acta Núm. [Blank]	



160628425



Paciente: ALEJANDRO RANGEL CASTILLO

Id..... : HCR505867

Médico : A QUIEN CORRESPONDA

Sexo : M

Sala : LAC

Cedula : 481609

Fecha: 29-SEP-2016

Hora: 13:14

Diagnos.:

F.Nac: 29-AGO-2016

Edad: 1M



CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO

Cama : S/N Fecha de Recolección: 29/09/2016 Hora de Recolección: 13:00

ANTIBIOTERAPIA : No tiene

TINCION DE GRAM : No PMN. MN escasos.
No se observan formas bacterianas.

RECuento BACTERIANO :

CULTIVO : Sin desarrollo a los 6 días de incubación

OBSERVACIONES :

Fec: 30-SEP-2016 Hora: 09:09

*Realizo: MTTR





Paciente: ALEJANDRO RANGEL CASTILLO Id..... : HCR508336
Médico : CASTILLO Sexo : M Sala : LAC
Cedula : 969950 Fecha: 05-OCT-2016 Hora: 10:28
Diagnos.: HINDROCEFALEA F.Nac: 05-OCT-1961 Edad: 55A



LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO COMPLETO

	Unidades		Unidades
Cant. Recibida : 3.8	mL	Aspecto : HEMATICO +	
Proteínas : 159.66	mg/dl	Glucosa : 33.0	mg/dl
Cloro : NO HAY REACTIVO		Tinta China : NEGATIVO	
Celulas por mm3: 8208	c/mm3	Eritrocitos : 8204	c/mm3
Leucocitos : 4	c/mm3	Cuenta Dif. PMN. : %	
Cuenta Dif. MN.: %		Prueba de Pandy : POSITIVO +	
T. de GRAM: NO SE OBSERVAN FORMAS BACTERIANAS.			
Crenocitos : 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: NGGR

Fec: 05-OCT-2016 Hora: 12:42

Madef

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

