



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

970746
Modelo 2016
FOLIO
160628438

*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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) MARIA TERESA CORTES HERNANDEZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
	2. CURP [Blank]		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. PESO [Blank] Kilogramos [Blank] Gramos
	7. TALLA [Blank] Metros [Blank] Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 25/07/1966
DE LA DEFUNCIÓN	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: 50 Años cumplidos		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank]		
	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) ARABERRE 1460 ZONA LAS PALMAS SAN LUIS POTOSI 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad SAN LUIS POTOSI MEXICO 11.4 Municipio o delegación 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 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 241601029001		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 HOSPITAL CENTRAL IMP IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
	15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN AV. GARRIGA 2295 ZONA UNIVERSITARIA 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad SAN LUIS POTOSI MEXICO 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/10/2016 21:17 Día Mes Año 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, asfexia, etc.) PARTÉ I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) CHOCUE SEPTICO Debido a (o como consecuencia de) b) ABSCESO PULMONAR Debido a (o como consecuencia de) c) HERPES ZOSTER Debido a (o como consecuencia de) d) SIDA Debido a (o como consecuencia de) PARTÉ II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo INYECCION POR VIH		
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
	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		
	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 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9 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 [Blank]	

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE VIROLOGÍA
INFORME DE PRUEBA DE Anti cuerpos totales anti-VIH 1 Y 2

970746

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

Unidad Notificante: S.S.A.

Cortez Hdz Teresa

Fecha Toma Muestra: 2016-09-06

Fecha y Hora de Recaptación: 2016-09-06 09h 28min

Fecha de Análisis: 2016-09-08

Fecha y Hora de Informe: 2016-09-15 09h 38min

Folio Lab.: 111335

Nombre
COHT660725

Edad / Sexo
50 Años / Femenino

Municipio

Estado
S.L.P.

Determinación	Resultados	Interpretación	Intervalos Biológicos	Técnica utilizada
Anti cuerpos totales anti-VIH 1 Y 2	411.83 S/CO	Positivo	No reactivo <1.00 S/CO Reactivo ≥ 1.00 S/CO	Quimioluminiscencia

Tipo de Muestra: Suero

290916

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

MSP. Raul Cardenas Flores
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública

MPT

HOJA 1 DE 1



SERVICIOS
DE SALUD



LABORATORIO DE ESTADÍSTICA DE SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE VIROLOGÍA
INFORME DE RESULTADOS DE Western Blot VIH-1

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

Unidad Notificante: S.S.A.

Fecha Toma Muestra: 2016-09-05

Fecha y Hora de Recepción: 2016-09-06 09h 28min

Fecha de Recibo: 2016-09-14

Fecha y Hora de Informe: 2016-09-26 08h 56min

Folio Lab.: 111336

Nombre
COHT660725

Edad / Sexo
50 Años / Femenino

Municipio

Estado
S.L.P.

Determinación
Western Blot VIH-1

Resultados

ELISA

1:100

PRESENTE

1:100

PRESENTE

1:60

PRESENTE

1:50

PRESENTE

1:50

PRESENTE

1:50

PRESENTE

1:50

AUSENTE

1:50

PRESENTE

1:50

PRESENTE

1:50

PRESENTE

ELISA - RESULTADO FINAL

POSITIVO

Tipo de Muestra: Suero

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

MSP. Raul Cardenas Flores
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública

MPT

HOJA 1 DE 1

Este informe no podrá ser reproducido por
Este resultado se refiere a la muestra (s) probada (s)
Bogotá, D.C.
Tel/Fax: (444) 824 0000

Este informe no podrá ser reproducido por
Este resultado se refiere a la muestra (s) probada (s)
San Luis Potosí, México
Email: spspsip@lespsip.com.mx