



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

Modelo 2018

FOLIO

972781

160628440

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Martin

Collazo

Ramirez

2. CURP

Se ignora ☐ 99

3. SEXO

Hombre ☒ 01

Mujer ☐ 02

Se ignora ☐ 99

4. NACIONALIDAD

Mexicana ☒ 01

Otra ☐ 02

Se ignora ☐ 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si ☐ 01

No ☒ 02

Se ignora ☐ 09

6. PESO

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

Día

Mes

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

Años cumplidos

Se ignora ☐ 99

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre ☐ 04

Separado(a) ☐ 06

Divorciado(a) ☐ 03

Viudo(a) ☐ 02

Soltero(a) ☒ 01

Casado(a) ☐ 05

Se ignora ☐ 99

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Kircondel la Cuesta 133

Pinar del Rio

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

Ninguna ☐ 01

Primaria incompleta ☐ 02

Secundaria incompleta ☐ 04

Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11

Profesional ☐ 07

Se ignora ☐ 99

Preescolar ☐ 12

Primaria completa ☐ 03

Secundaria completa ☐ 05

Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06

Posgrado ☐ 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL

13.1 Trabajaba

Si ☐ 01

No ☐ 02

Se ignora ☐ 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ☐ 01

ISSSTE ☐ 03

SEDENA ☐ 05

Seguro Popular ☐ 07

Otra ☐ 08

IMSS ☐ 02

PEMEX ☐ 04

SEMAR ☐ 06

IMSS Oportunidades ☐ 10

Se ignora ☐ 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☐ 01

IMSS ☐ 03

PEMEX ☐ 05

SEMAR ☐ 07

Unidad médica privada ☐ 09

IMSS Oportunidades ☐ 02

ISSSTE ☐ 04

SEDENA ☐ 06

Otra unidad pública ☐ 08

15.1 Nombre de la unidad médica

Via pública ☐ 10

Otro lugar ☐ 12

Hogar ☐ 11

Se ignora ☐ 99

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

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Si ☒ 01

No ☐ 02

Se ignora ☐ 09

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Si ☐ 01

No ☐ 02

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Sepsis

Causas antecedentes

Debido a (o como consecuencia de)

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Síndrome de reconstitución

Debido a (o como consecuencia de)

Síndrome de reconstitución

Debido a (o como consecuencia de)

Síndrome de reconstitución

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

SIDA

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 ☐ 01

El parto ☐ 02

El puerperio ☐ 03

43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si ☐ 01

No ☐ 02

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si ☐ 01

No ☐ 02

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente ☐ 01

Homicidio ☐ 02

Suicidio ☐ 03

Se ignora ☐ 09

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si ☐ 01

No ☐ 02

Se ignora ☐ 09

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular ☐ 00

Área deportiva ☐ 03

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01

Calle o carretera (vía pública) ☐ 04

Escuela u oficina pública ☐ 02

Área comercial o de servicios ☐ 05

Se ignora ☐ 09

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?

Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06

Granja (rancho o parcela) ☐ 07

Otro ☐ 08

Se ignora ☐ 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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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

Urgencias

972781

3-10-16



SERVICIOS
DE SALUD



LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE VIROLOGÍA

Collazo Rmz Martin

INFORME DE PRUEBA DE Anti cuerpos totales anti-VIH 1 Y 2

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: 2016-09-12

Fecha y Hora de Recepción: 2016-09-12 13h 54min

Fecha Inicio Análisis: 2016-09-13

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

Folio Lab.: 112162

Nombre
CORM640813

Edad / Sexo
52 Años / Masculino

Municipio

Estado
S.L.P.

Determinación	Resultados	Interpretación	Intervalos Biológicos	Técnica utilizada
Anti cuerpos totales anti-VIH 1 Y 2	641.16 S/CO	REACTIVO	No reactivo <1.00 S/CO Reactivo $\geq$ 1.00 S/CO	Quimioluminiscencia

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 parcial ni totalmente sin la previa autorización del Laboratorio.

Este resultado se refiere únicamente a la (s) muestra (s) probada (s)

Begonias #180, Dalias S.L.P. México

Tel/Fax: (444) 824-5466 - 824-9406 lespslp@lespslp.com.mx

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA
LABORATORIO DE VIROLOGIA
INFORME DE PRUEBA DE Western Blot VIH-1

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: 2016-09-12

Fecha y Hora de Recepción: 2016-09-12 13h 55min

Fecha Inicio Análisis: 2016-09-14

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

Folio Lab.: 112163

Nombre
CORM640813

Edad / Sexo
52 Años / Masculino

Municipio

Estado
S.L.P.

Determinación
Western Blot VIH-1

PROTEINAS

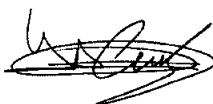
Resultados

GP 160	PRESENTE
GP 120	PRESENTE
P 68	PRESENTE
P 55	PRESENTE
P 52	PRESENTE
GP 41	PRESENTE
P 40	PRESENTE
P 34	PRESENTE
P 24	PRESENTE
P 18	PRESENTE

INTERPRETACIÓN 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 Publica



Paciente: MARTIN COLLAZO RAMIREZ

Id..... : HCR508870

Médico : PALACIOS

Sexo : M

Sala : MEM

Cedula : 482372

Fecha: 06-OCT-2016

Hora: 12:00

Diagnos.: VIH

F.Nac: 06-OCT-1964

Edad: 52A



COPROPARASITOSCOPICO DIRECTO

Resultado : Se observa quistes de Blastocystis hominis

*Realizo: LCR

Fec: 06-OCT-2016 Hora: 15:34