



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

FOLIO

160628454

969090
U.C. 1.10
Stuck

*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) 16 Veronica Garcia Gutierrez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
		2. CURP	
		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
		5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
		6. PESO Kilogramos Gramos	
		7. TALLA Metros Centímetros	
		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más Se ignora ☐ 9	
		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 5 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9	
10. ESTADO CONYUGAL			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote 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 reside 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 Trabajador ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99			
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			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99 VER 11 95.1 Nombre de la unidad médica: 11.311 11.32 Clave Única de Establecimiento 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 ANTES DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9			
19. ¿SE PRÁCTICÓ AUTOPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: paro cardíaco, asfisia, etc.) a) Falta renal aguda b) Choque séptico c) Infección por Citomegalovirus d) Infección por Klebsiella pneumoniae e) Premortuaria de Sepsis Causas antecedentes: Estados morbosos, al existir alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándolos en el último lugar la causa básica Código CIE			
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2			
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)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describe 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			
DEL INF.		24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
DEL CERTIFICANTE		26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
29. TELÉFONO			
30. DOMICILIO			
31. FIRMA			
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año			
DEL REG. CIVIL		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	
33.1 Acta Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año	



160628454



Paciente: HO VERONICA GARCIA GUTIERREZ	Id..... : HCR510913
Médico : A QUIEN CORRESPONDA	Sexo : M Sala : UCIN
Cedula : 969090	Fecha: 11-OCT-2016 Hora: 21:21
Diagnos.: RNPT	F.Nac: 11-OCT-2016 Edad: RN

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

CULTIVO DE ASPIRADO TRAQUEAL

Cama : C-2 Fecha de Recolección: 11/10/2016 hora de Recolección: 20:10

ANTIBIOTERAPIA : Gentamicina

TINCION DE GRAM : PMN 0-1/c, células epiteliales 0-1/c,
bgn abundantes, cgp ocasionales, cgn +

RECuento BACTERIANO :

CULTIVO : Stenotrophomonas maltophilia

OBSERVACIONES :

Fec: 14-OCT-2016 Hora: 09:18

*Realizo: LCR

ANTIBIOGRAMA

Organismo Seleccionado: Stenotrophomonas maltophilia

INFORME DE SENSIBILIDAD

Antibiotico	CMI	Inter.	Antibiotico	CMI	Inter.
Trimetoprima/Sulfametoxazol	<=20	S			

Observaciones:

Fec: 14-OCT-2016 Hora: 09:18

*Realizo: Vitek

M. de Lira



Paciente: HO VERONICA GARCIA GUTIERREZ	Id..... : HCR511242
Médico : LIMA	Sexo : M Sala : UCIN
Cedula : 969090	Fecha: 12-OCT-2016 Hora: 11:21
Diagnos.:	F.Nac: 12-SEP-2016 Edad: 1M

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

HEMOCULTIVO PERIFERICO

Cama : C-2 Fecha de Recolección: 12/10/2016 Hora de Recolección: 11:12

ANTIBIOTERAPIA : Amikacina

TINCION DE GRAM : bgn

CULTIVO : Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae

OBSERVACIONES : Detección de positividad: 8.18 hrs. de incubación

Fec: 14-OCT-2016 Hora: 09:16

*Realizo: LCR

ANTIBIOGRAMA

Organismo Seleccionado: Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae

I N F O R M E D E S E N S I B I L I D A D					
Antibiotico	CMI	Inter.	Antibiotico	CMI	Inter.
Amikacina	4	S	Ampicilina	>=32	R
Ampicilina/Sulbactam	>=32	R	Aztreonam	2	R
BLEE	Pos	+	Cefazolina	>=64	R
Cefepima	2	R	Ceftriaxona	32	R
Ciprofloxacino	1	S	Ertapenem	<=0,5	S
Gentamicina	>=16	R	Meropenem	<=0,25	S
Piperacilina/Tazobactam	8	S	Tigeciclina	1	S
Trimetoprima/Sulfametoxazol	>=320	R			

Observaciones:

Fec: 14-OCT-2016 Hora: 09:16

*Realizo: Vitek

M. de Lira

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

