

980/49
19/02/14SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

170640206

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Aracely</u>		Primer Apellido <u>Castro</u>		Segundo Apellido <u>Rodríguez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>2</u> Mes <u>1</u> Año <u>1962</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>CA190101196200000000</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA 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 <u>38</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		8.2 Semanas de gestación: _____		8. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____					
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		10.5 Tipo de asentamiento humano _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____	
10.7 Código Postal _____		10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o delegación _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6		PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Hospital Central _____					
14.1 Nombre de la unidad médica _____					
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____					
15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____		15.6 Nombre del asentamiento humano _____	
15.7 Código Postal _____		15.8 Localidad _____		15.9 Municipio o delegación _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>18</u> Mes <u>02</u> Año <u>2017</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>20</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a) <u>Choque Septico</u> Debido a (o como consecuencia de)					
b) <u>Tuberculosis Pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de)					
c) <u>Abergilosis pulmonar invasiva</u> Debido a (o como consecuencia de)					
d) <u>Infección de vías urinarias</u> 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 morboso que la produjo					
<u>Hemorragia gasterointestinal</u> <u>Coagulación intravascular diseminada</u>					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Usa exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9					
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (at. illo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área deportiva (rancho o parcela) <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8 Granja <input type="radio"/> 7					
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:					
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7.1 Tipo de vialidad _____					
22.7.2 Nombre de la vialidad _____					
22.7.3 Núm. Exterior _____		22.7.4 Núm. Interior _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____					

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARLES.

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS



Paciente: ARACELI CASTRO RODRIGUEZ	Id..... : HCR536593
Médico : BOTELLO	Sexo : F
Cedula : 980149	Sala : UTI
Diagnos.: PB TB PULMONAR	Fecha: 16-ENE-2017
	Hora: 17:20
	F.Nac: 16-ENE-1979
	Edad: 38A



BACILOSCOPIAS [BAAR]

Número de Muestra : 30 No/Muestras procesadas : 1
 Tipo de Muestra : ASPIRADO TRAQUEAL

Fecha de recolección de Muestra 1 : 160117 Muestra 2 :
 Fecha de recolección de Muestra 3 : Muestra 4 :
 Fecha de recolección de Muestra 5 : Muestra 6 :

Comentarios :

Reporte de Bacilos ácido alcohol resistentes : POSITIVO (+++)

INTERPRETACION DE RESULTADOS

NEGATIVO : No se observan Bacilos ácido alcohol resistentes en 100 campos Obs
 de 1 a 9 : Se informa el número de Bacilos en 100 Campos observados
 Positivo(+) : Menos de 1 Bacilo (de 10-99 bacilos) en 100 Campos observados
 Positivo(++) : de 1 a 10 Bacilos por campo en 50 campos observados
 Positivo(+++) : Mas de 10 Bacilos por campo en 20 campos observados

*Realizo: LCR

Fec: 19-ENE-2017 Hora: 13:17

Positivo(+++) : Mas de 10 Bacilos por campo en 20 campos observados

Q.F.B. María Anita de Lira Torres

Jefe de Laboratorio

Reg. SSA No. 338-QFB, Ced. Prof. 995213

Impreso:
19-ENE-2017 01:21:04 p.m.

*lcr

Q.F.B. Claudia Lourdes Delgadillo García

Subjefe de Laboratorio

Reg. Est.:SLP-2168/2010 QFB, Ced. Prof. 1564848





Paciente: ARACELI CASTRO RODRIGUEZ	Id..... : HCR537303
Médico : A QUIEN CORRESPONDA	Sexo : F
Cedula : 980149	Sala : UTI
Diagnos.: PB TB PULMONAR	Fecha: 18-ENE-2017
	Hora: 12:34
	F.Nac: 18-ENE-1979
	Edad: 38A



BAAR EN OTRO ESPECIMEN

Número de Muestra : 35 No/Muestras procesadas : 1
Tipo de Muestra : ASPIRADO TRAQUEAL

Fecha de recolección de Muestra 1 :	Muestra 2 : 180117
Fecha de recolección de Muestra 3 :	Muestra 4 :
Fecha de recolección de Muestra 5 :	Muestra 6 :

Comentarios :

Reporte de Bacilos ácido alcohol resistentes : POSITIVO (+++)

INTERPRETACION DE RESULTADOS

NEGATIVO	: No se observan Bacilos ácido alcohol resistentes en 100 campos Obs
de 1 a 9	: Se informa el número de Bacilos en 100 Campos observados
Positivo(+)	: Menos de 1 Bacilo (de 10-99 bacilos) en 100 Campos observados
Positivo(++)	: de 1 a 10 Bacilos por campo en 50 campos observados
Positivo(+++)	: Mas de 10 Bacilos por campo en 20 campos observados

*Realizo: LCR

Fec: 19-ENE-2017 Hora: 13:24

Positivo(+++): Mas de 10 Bacilos por campo en 20 campos observados

Q.F.B. Maria Anita de Lira Torres

Jefe de Laboratorio

Reg. SSA No. 338-QFB, Ced. Prof. 995213

Impreso:
19-ENE-2017 01:24:32 p.m.

*lcr

Q.F.B. Claudia Lourdes Delgadillo García
Subjefe de Laboratorio

Reg. Est.:SLP-2168/2010 QFB, Ced. Prof. 1564848

