

980/49
19/02/11.M.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170640206

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Aracely</div><div>Castro</div><div>Rodriguez</div></div> <div style="text-align: center;">Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>					
2. FECHA DE NACIMIENTO [2] [1] [9] [1] [0] [1] Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP CARIA T101071201ATL TLN LNS			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		
			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _9 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: [3] [8] Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> _9					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: ____					
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> _6 Viudo(a) <input type="radio"/> _2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> _5 En unión libre <input type="radio"/> _4 Divorciado(a) <input type="radio"/> _3 Soltero(a) <input type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _9					
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: [Casa] 10.2 Nombre de la vivienda: [Casa de Aracely Castro Rodriguez] 10.3 Núm. Exterior: [1154] 10.4 Núm. Interior: [] 10.5 Tipo de asentamiento humano: [Rural] 10.6 Nombre del asentamiento humano: [San Mateo Atenco] 10.7 Código Postal: [56100] 10.8 Localidad: [San Mateo Atenco] 10.9 Municipio o delegación: [Tlaxcala] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [México]					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _9			11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> _1 Incompleta <input type="radio"/> _2		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _3 SEDENA <input type="radio"/> _5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> _7 Otra <input type="radio"/> _8 IMSS <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _9			12. OCUPACIÓN HABITUAL [Libre] Se ignora <input type="radio"/> _9 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [2911010114]		

DE LA DEFUNCIÓN

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 Hospital Central IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9										14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)										Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99																													
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 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 15.10 Entidad federativa																																																	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 18 02 2017 19 20 Día Mes Año Horas Minutos																														17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3										18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2									

**MUJERES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

19. CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			
a)	<u>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de)		
b)	<u>Tuberculosis Pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de)		
c)	<u>Aspergilosis Pulmonar invasiva</u> Debido a (o como consecuencia de)		
d)	<u>Infección de vías urinarias</u>		
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 gastrointestinal</u> <u>Compulsión intravascular de senectud</u>			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
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? Si <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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 /vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano	



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

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 Garcia
Subjefe de Laboratorio

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





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

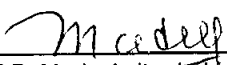
Reporte de Bacilos ácido alcohol resistentes : **POSITIVO(+++)**

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


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

