



(+)

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

FOLIO

170640217

982205

*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.
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 PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ignacio Zapata Rivera		
2. FECHA DE NACIMIENTO 31/10/1951		
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Se ignora <input type="radio"/>		
5. CURP IGZAPRI511031H		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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 65 Se ignora <input type="radio"/>		
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Benito Juárez 10.1 Tipo de vivienda 715 10.2 Nombre de la vivienda 715 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior Villa de Reyes 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 715 15.2 Nombre de la vivienda 715 15.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior Villa de Reyes 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 24/02/2017 04:00		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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 Choque Séptico a) Debido a (o como consecuencia de) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda b) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía atípica c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 morbosos que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> (taller, área industrial, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Se ignora <input type="radio"/>		
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 Añote 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 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE Maria Elena Lopez Zapata Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hija		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Residente Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional 3071674		
27. NOMBRE Guillermo Martínez Cerdas Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
28. FIRMA		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 715 29.2 Nombre de la vivienda 715 29.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior Villa de Reyes 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 782910 29.8 Localidad Benito Juárez 29.9 Municipio o delegación Benito Juárez 29.10 Entidad federativa CD. de México 29.11 Teléfono 4441931093		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 24/02/2017		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año		



170640217

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA**INFLUENZA**

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SALUDSECRETARÍA
DE SALUD**IMPRESIÓN DE LA CÉDULA DEL PACIENTE**

(01/03/2017 09:26:18)

DATOS GENERALES

FOLIO: 243456059

APELLIDO PATERNO: ZAPATA APELLIDO MATERNO: RIVERA NOMBRE: IGNACIO

CURP: ZARI510731HSPPVG FECHA DE NACIMIENTO: 31/07/1951

NACIONALIDAD: MEXICANA

ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSÍ

SEXO:* MASCULINO

ENTIDAD DE RESIDENCIA: SAN LUIS POTOSÍ MUNICIPIO: SAN LUIS POTOSÍ

LOCALIDAD: SAN LUIS POTOSÍ

CALLE: BENITO JUAREZ NUMERO: 715

ENTRE QUE CALLES:

COLONIA: VILLA DE POZOS C.P.: TELEFONO:

SE RECONOCE COMO INDIGENA?: NO HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?: NO

Ocupacion:* OTROS

DATOS CLINICOS

SERVICIO:* URGENCIAS ADULTOS

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:* 23/02/2017

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS:* 22/02/2017

**A PARTIR DE LA FECHA 22/02/2017
TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?**

INICIO SUBITO DE LOS SINTOMAS	SI
FIEBRE	SI
TOS	SI
CEFALEA	SI
DISNEA	SI
IRRITABILIDAD	SI
DIARREA	NO
DOLOR TORACICO	SI
ESCALOFRIOS	SI
ODINOFAGIA	SI
MIALGIAS	SI
ARTRALGIAS	SE IGNORA
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	SI
RINORREA	SI
POLIPNEA	SI
VOMITO	NO
DOLOR ABDOMINAL	NO
CONJUNTIVITIS	SI
CIANOSIS	SI
OTRO	NO

CO-MORBILIDAD:

DIABETES	NO
EPOC	NO
ASMA	NO
INMUNOSUPRESION	NO
HIPERTENSION	NO
VIH/SIDA	NO
OTRA CONDICION	NO
ENF. CARDIOVASCULAR	NO
OBESIDAD	SI
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO
TABAQUISMO	NO
OTROS	NO

DIAGNOSTICO PROBABLE: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)

TRATAMIENTO

DESDE EL INICIO DE LOS SINTOMAS HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO?:*	SI
SE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIMICROBIANOS?:*	SI
SE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES?:*	NO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

TUVO CONTACTO CON OTROS CASOS DE INFLUENZA 2 SEMANAS PREVIAS?:* NO

DURANTE LAS SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LOS SINTOMAS TUVO CONTACTO CON:*

AVES	NO
CERDOS	NO
OTRO ANIMAL	NO

REALIZO ALGUN VIAJE ENTRE EL 15 DE FEBRERO DEL 2017 Y EL 22 DE FEBRERO DEL 2017?:* NO

RECIBIO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL?: NO

FECHA DE APLICACION DE VACUNA ESTACIONAL:

RECIBIO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA AH1N1?: NO

FECHA DE APLICACION DE VACUNA AH1N1:

LABORATORIO

SE LE TOMO MUESTRA AL PACIENTE?: SI

RESULTADO: INF AH1N1 PMD

LABORATORIO:*	SAN LUIS POTOSI
TIPO DE MUESTRA:	LAVADO BRONQUIAL
FECHA:	23/02/2017

EVOLUCION

EVOLUCION:*	CASO GRAVE	INTUBADO: SI
DIAGNOSTICO CLINICO DE NEUMONIA: SI		