



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

FOLIO

170640217

982205

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Janacio Zapata

Rivera

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

13/01/1951

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

Se ignora

6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si

No

Se ignora

7. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

Se ignora

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

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento

8.2 Semanas de gestación

10.1 Tipo de viabilidad

Benito Juárez

10.2 Nombre de la viabilidad

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

715

10.4 Núm. Exterior

10.5 Núm. Interior

10.6 Tipo de asentamiento humano

Villa de Flores

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

Preescolar

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Profesional

Posgrado

Se ignora

Completa

Incompleta

11.1 La escolaridad seleccionada es:

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Comercio

Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

Otra

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

Otra unidad médica privada

13.1 Número de seguridad social o afiliación

244111019

Vía pública

Otro lugar

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar

Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de viabilidad

715

15.2 Nombre de la viabilidad

15.3 Núm. Exterior

15.4 Núm. Interior

15.5 Tipo de asentamiento humano

15.6 Nombre del asentamiento humano

Se: Luis Toluca

Luis Toluca

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

16.1 Tipo

16.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Día Mes Año

Si

No

Se ignora

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

17.1 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Si

No

Se ignora

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada rincón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

Choque Septico

Debido a (o como consecuencia de)

b) Síntome de Insuficiencia Respiratoria Aguda

Debido a (o como consecuencia de)

c) Neumonia Aguda

Debido a (o como consecuencia de)

d)

19. PARTE I

Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

19.1

20.1

21.1

22.1

23.1

24.1

25.1

26.1

27.1

28.1

29.1

30.1

31.1

32.1

33.1

34.1

35.1

36.1

37.1

38.1

39.1

40.1

41.1

42.1

43.1

44.1

45.1

46.1

47.1

48.1

49.1

50.1

51.1

52.1

53.1

54.1

55.1

56.1

57.1

58.1

59.1

60.1

61.1

62.1

63.1

64.1

65.1

66.1

67.1

68.1

69.1

70.1

71.1

72.1

73.1

74.1

75.1

76.1

77.1

78.1

79.1

80.1

81.1

82.1

83.1

84.1

85.1

86.1

87.1

88.1

89.1

90.1

91.1

92.1

93.1

94.1

95.1

96.1

97.1

98.1

99.1

100.1

101.1

102.1

103.1

104.1

105.1

106.1

107.1

108.1

109.1

110.1

111.1

112.1

113.1

114.1

115.1

116.1

117.1

118.1

119.1

120.1

121.1

122.1

123.1

124.1

125.1

126.1

127.1

128.1

129.1

130.1

131.1

132.1

133.1

134.1

135.1

136.1

137.1

138.1

139.1

140.1

141.1

142.1

143.1

144.1

145.1

146.1

147.1

148.1

</div



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 CLÍNICOS

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 NO
ESTACIONAL?:

FECHA DE APLICACION DE VACUNA ESTACIONAL:

RECIBIO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA NO
AH1N1?:

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