



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 201/
FOLIO

1706402

981270

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Ismail

Dadiyo

Fernandes

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora

9

Se ignora

99

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

Se ignora

99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si

No

2

Se ignora

9

7. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

Se ignora

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

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)

6

Viudo(a)

2

Casado(a)

1

En unión libre

4

Divorciado(a)

3

Soltero(a)

1

Se ignora

9

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad

Apartado SUR

10.2 Nombre de la vialidad

10.3 Núm. Exterior

10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

10.6 Nombre del asentamiento humano

Villa de Amicaj

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

Bachillerato o preparatoria

Profesional

Posgrado

Se ignora

Preescolar

Primaria

Secundaria

Completa

Incompleta

11.1 La escolaridad seleccionada es:

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Albañil

12.1 Trabajaba Si

No

Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

Unidad médica privada

ISSSTE

SEDEMÁ

Seguro Popular

Otra

Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Hospital

Centro

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública

Otro lugar

Hogar

Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad

15.2 Nombre de la vialidad

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

05 03 2017

06 30

Dia Mes Año

Horas Minutos

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

Si

No

Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROSCOPÍA?

Si

No

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

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debe a (o como consecuencia de)

b) Debe a (o como consecuencia de)

c) Debe a (o como consecuencia de)

d) Debe a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

El parto

El puerperio

Si

No

Se ignora

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si

No

Se ignora

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si

No

Se ignora

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente

Homicidio

Suicidio

Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si

No

Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Vivienda colectiva

(asilo, orfanato, etc.)

Escuela u oficina pública

Área deportiva (taller, fábrica u oficina)

Calle o carretera (vía pública)

Otro

Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el 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

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

22.7.9 Municipio o delegación

22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico*

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

Autoridad civil*

Otro*

*Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

29. DOMICILIO y TELÉFONO

29.1 Tip. de vialidad

29.2 Nombre de la vialidad

29.3 Núm. Exterior

29.4 Núm. Interior

29.5 Tipo de asentamiento humano

29.6 Nombre del asentamiento humano

29.7 Código Postal

29.8 Localidad

29.9 Municipio o delegación

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

Dia Mes

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

REG. #

32.1 Localidad

32.2 Número de folio

32.3 Fecha de certificación

32.4 Número de folio

32.5 Fecha de expedición

32.6 Número de folio</

**SALUD**SECRETARÍA
DE SALUD

IMPRESIÓN DE LA CÉDULA DEL PACIENTE

(06/03/2017 13:57:24)

DATOS GENERALES

FOLIO: 243450080
 APELLIDO PATERNO: BADIYO APELLIDO MATERNO: ERNANDES NOMBRE: YSMUEL
 CURP: BAEY540422HSPDRS FECHA DE NACIMIENTO: 22/04/1954
 NACIONALIDAD: MEXICANA
 ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSÍ
 SEXO: MASCULINO
 ENTIDAD DE RESIDENCIA: SAN LUIS POTOSÍ MUNICIPIO: VILLA DE ARRIAGA
 LOCALIDAD: VILLA DE ARRIAGA
 CALLE: APARTADO SUR NUMERO: 26
 ENTRE QUE CALLES: ZARAGOZA PRIVADA
 COLONIA: VILLA DE ARRIAGA C.P.: TELEFONO: 83337765
 SE RECONOCE COMO INDIGENA?: NO HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?: NO
 OCUPACION: OBREROS

DATOS CLÍNICOS

SERVICIO: URGENCIAS ADULTOS

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: 08/02/2017

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: 06/02/2017

**A PARTIR DE LA FECHA 06/02/2017
TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?**

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

CO-MORBILIDAD:

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

DIAGNOSTICO PROBABLE: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

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 30 DE ENERO DEL 2017 Y EL 6 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:	EXUDADO FARINGEO
FECHA:	08/02/2017

EVOLUCION

EVOLUCION: * CASO NO GRAVE

DIAGNOSTICO CLINICO DE NEUMONIA: SI