



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

Modelo 2017
FOLIO

170640615

*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

REG. IL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Mayra García Reyna Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 30/10/2005 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 San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP [Blank]	
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 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos Para menores de un día: [Blank] Horas Para menores de un mes: [Blank] Días Para menores de un año: [Blank] Meses Para personas de un año o más: 11 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 0 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 0	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Prolongación 10.2 Nombre de la vivienda: Altamirano 1512 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia Vista Hermosa 10.6 Nombre del asentamiento humano 1512 10.7 Código Postal 10.8 Localidad: Matehuala 10.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Blank]	
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 Control De Ingreso Mecero Prieto 14.1 Nombre de la unidad médica 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 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Blank]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 2395 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano: Avenida Colonia 15.6 Nombre del asentamiento humano: Venustiano Carranza San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.8 Localidad: San Luis Potosí 15.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/03/2017 20:00 Día Mes Año Horas Minutos	
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 PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Choque Séptico Refractario a aminas Debido a (o como consecuencia de): [Blank] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: b) Neumonía en Paciente Inmuno suprimido Debido a (o como consecuencia de): [Blank] c) Enfermedad tipo Influenza Debido a (o como consecuencia de): [Blank] d) Herida de CCA de Codo Positivo PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: [Blank]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Blank]	
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? 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	
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 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 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Blank] 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank] 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Blank] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Blank] 22.7.3 Núm. Exterior: [Blank] 22.7.4 Núm. Interior: [Blank] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Blank] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Blank] 22.7.7 Código Postal: [Blank] 22.7.8 Localidad: [Blank] 22.7.9 Municipio o delegación: [Blank] 22.7.10 Entidad federativa: [Blank]	
23. NOMBRE Elvira Reyna Navarro Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 Especifique: [Blank]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8899272 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Lorena Adriana Carrete Díaz Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA [Signature]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Avenida 29.2 Nombre de la vivienda: Venustiano Carranza 29.3 Núm. Exterior: 2395 29.4 Núm. Interior: [Blank] 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: [Blank] 29.8 Localidad: [Blank] 29.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: [Blank] 29.11 Teléfono: [Blank]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12/03/2017 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Blank]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Blank]	



170640615

SALUD

SECRETARIA DE SALUD

DIRECCION GENERAL
DE EPIDEMIOLOGIA**INFLUENZA**

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SALUDSECRETARÍA
DE SALUD

IMPRESIÓN DE LA CÉDULA DEL PACIENTE

(16/03/2017 13:21:47)

DATOS GENERALES

FOLIO: 243463920

APELLIDO PATERNO: GARCIA APELLIDO MATERNO: REYNA NOMBRE: MAYRA

CURP: GARM051030MSPRYY FECHA DE NACIMIENTO: 30/10/2005

NACIONALIDAD: MEXICANA

ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSÍ

SEXO:* FEMENINO ESTA EMBARAZADA?: SE IGNORA

ENTIDAD DE RESIDENCIA: SAN LUIS POTOSÍ MUNICIPIO: MATEHUALA

LOCALIDAD: MATEHUALA

CALLE:PROL. ALTAMIRANO NUMERO:1512

ENTRE QUE CALLES:

COLONIA: NO ESPECIFICADO C.P.: TELEFONO: 4881109560

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

Ocupacion:* ESTUDIANTES

DATOS CLINICOS

SERVICIO:* INFECTOLOGIA

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:* 12/03/2017

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS:* 10/03/2017

**A PARTIR DE LA FECHA 10/03/2017
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	SE IGNORA
EPOC	SE IGNORA
ASMA	SE IGNORA
INMUNOSUPRESION	SI
HIPERTENSION	SE IGNORA
VIH/SIDA	SE IGNORA
OTRA CONDICION	SE IGNORA
ENF. CARDIOVASCULAR	SE IGNORA
OBESIDAD	SE IGNORA
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	SE IGNORA
TABAQUISMO	SE IGNORA
OTROS	SE IGNORA

DIAGNOSTICO PROBABLE: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

TRATAMIENTO

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

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 3 DE MARZO DEL 2017 Y EL 10 DE MARZO 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 NASOFARINGEO
FECHA: 12/03/2017

EVOLUCION

EVOLUCION:* CASO NO GRAVE
DIAGNOSTICO CLINICO DE NEUMONIA: NO