



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2012  
FOLIO

170640615

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES 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 POSSESIÓN DE LOS PARTICULARSES.

DEL FALLECIDO  
DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Mayra Garcia		Peyrana															
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido															
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO																
15/01/1905	2.1.1. Día	2.1.2. Mes	2.1.3. Año	3.1. Hombre <input checked="" type="radio"/>	3.2. Mujer <input type="radio"/>	3.3. Se ignora <input type="radio"/>	4.1. San Luis Potosí	4.2. Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)											
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD														
		6.1. Sí <input type="radio"/>			6.2. No <input checked="" type="radio"/>	6.3. Se ignora <input type="radio"/>	7.1. Mexicana <input checked="" type="radio"/>	7.2. Otra <input type="radio"/>											
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora												
		8.1.1. Minutos	8.1.2. Horas	8.1.3. Días	8.1.4. Meses	8.1.5. Años cumplidos													
9.1. Para menores de 28 días anote:		8.2.2. Semanas de gestación:			9. ESTADO CONYUGAL		10.1.1. Separado(a) <input type="radio"/>		10.1.2. Viudo(a) <input type="radio"/>	10.1.3. Casado(a) <input type="radio"/>									
8.1.2. Folio del Certificado de Nacimiento:					9.1.1. En unión libre <input type="radio"/>	9.1.2. Divorciado(a) <input type="radio"/>	9.1.3. Soltero(a) <input checked="" type="radio"/>	10.1.4. Se ignora <input type="radio"/>											
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.2.2. Nombre de la vialidad		10.3.2. Núm. Exterior		10.3.3. Núm. Interior	10.4.2. Núm. Exterior	10.4.3. Núm. Interior	10.5.2. Tipo de asentamiento humano	10.5.3. Municipio o delegación	10.6.2. Nombre del asentamiento humano	10.6.3. Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
		10.1.3. Prolongación			10.2.1. 1512		10.3.1. Colonia		10.3.2. 1512	10.4.1. Colonia	10.4.2. 1512	10.5.1. Matehuala	10.5.2. San Luis Potosí	10.6.1. Altiavante	10.6.2. San Luis Potosí				
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		11.1. La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1. Trabajaba		12.2. No trabajaba		12.3. Se ignora		12.4. Ocupación		12.5. Se ignora				
Ninguna <input type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/>	Incompleta <input checked="" type="radio"/>	12.1.1. Sí <input type="radio"/>	12.1.2. No <input checked="" type="radio"/>	12.1.3. Se ignora <input type="radio"/>	12.2.1. Sí <input type="radio"/>	12.2.2. No <input type="radio"/>	12.2.3. Se ignora <input type="radio"/>	12.3.1. Sí <input type="radio"/>	12.3.2. No <input type="radio"/>	12.3.3. Se ignora <input type="radio"/>				
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	13.1. Número de seguridad social o afiliación		13.2. Ocupación		13.3. Se ignora		13.4. Ocupación		13.5. Se ignora		13.6. Ocupación		13.7. Se ignora		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	14.1. Nombre de la unidad médica	14.2. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3. Ocupación		14.4. Se ignora		14.5. Ocupación		14.6. Se ignora			
		IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	14.1.1. Hospital Central De Ignacio Mamm Pachuca	14.1.2. Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.2.1. Hogar <input type="radio"/>	14.2.2. Se ignora <input type="radio"/>	14.3.1. Sí <input type="radio"/>	14.3.2. No <input type="radio"/>	14.3.3. Se ignora <input type="radio"/>	14.4.1. Sí <input type="radio"/>	14.4.2. No <input type="radio"/>	14.4.3. Se ignora <input type="radio"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1. La unidad médica			15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1. Tipo de vialidad			15.2. Nombre de la vialidad		15.3. Número del asentamiento humano		15.4. Número del asentamiento humano		15.5. Municipio o delegación		15.6. Nombre del asentamiento humano	
		Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	15.1.1. Avenida	15.1.2. Colonia	15.2.1. Venustiano Carranza	15.2.2. Zona Universitaria	15.3.1. 1512	15.3.2. Colonia	15.4.1. 1512	15.4.2. Colonia	15.5.1. Matehuala	15.5.2. San Luis Potosí	15.6.1. San Luis Potosí	15.6.2. San Luis Potosí		
15.7. Código Postal		15.8. Localidad			15.9. Municipio o delegación		15.10. Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			
		15.7.1. 2395	15.8.1. Colonia	15.8.2. 1512	15.9.1. Matehuala	15.9.2. San Luis Potosí	15.10.1. San Luis Potosí	15.10.2. San Luis Potosí	16.1. Dia 12	16.2. Mes 03	16.3. Año 2017	16.4. Horas 20	16.5. Minutos 00	17.1. Sí <input type="radio"/>	17.2. No <input type="radio"/>	17.3. Se ignora <input type="radio"/>	18.1. Sí <input type="radio"/>	18.2. No <input type="radio"/>	19.1. a) Choque Septico, Fractura de clavícula
19.2. Causas antecedentes		19.3. Debe a (o como consecuencia de)			19.4. b) Neumonía en paciente inmunosuprimido		19.5. c) Enfermedad tipo insuficiencia			19.6. d) Mercado de CCA Calle Positivo		19.7. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		19.8. Uso exclusivo del personal codificado Código CIE		19.9. PARTE I			
19.10. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo		19.11. Debe a (o como consecuencia de)			19.12. Debe a (o como consecuencia de)		19.13. Debe a (o como consecuencia de)			19.14. Debe a (o como consecuencia de)		19.15. Debe a (o como consecuencia de)		19.16. Debe a (o como consecuencia de)		19.17. Debe a (o como consecuencia de)			
20. LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARSES		20.1. Debe a (o como consecuencia de)			20.2. Debe a (o como consecuencia de)		20.3. Debe a (o como consecuencia de)			20.4. Debe a (o como consecuencia de)		20.5. Debe a (o como consecuencia de)		20.6. Debe a (o como consecuencia de)		20.7. Debe a (o como consecuencia de)			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2. Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3. Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4. Uso exclusivo del personal codificado Código CIE		20.8. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		20.9. Debe a (o como consecuencia de)		20.10. Debe a (o como consecuencia de)		20.11. Debe a (o como consecuencia de)		20.12. Debe a (o como consecuencia de)		
21.1. Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	21.2.1. Sí <input type="radio"/>	21.2.2. No <input type="radio"/>	21.2.3. Se ignora <input type="radio"/>	21.3.1. Sí <input type="radio"/>	21.3.2. No <input type="radio"/>	21.3.3. Se ignora <input type="radio"/>	20.8.1. Sí <input type="radio"/>	20.8.2. No <input type="radio"/>	20.8.3. Se ignora <input type="radio"/>	20.9.1. Sí <input type="radio"/>	20.9.2. No <input type="radio"/>	20.9.3. Se ignora <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"/>			21.2.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.3.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.4.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.5.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.6.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.7.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.8.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.9.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.10.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.11.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.12.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.13.4. Debe a (o como consecuencia de)	21.14.4. Debe a (o como consecuencia de)		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			22.3. Sitio donde ocurrió la lesión		22.4. Uso exclusivo del personal codificado Código CIE		20.13. MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA		20.14. Debe a (o como consecuencia de)		20.15. Debe a (o como consecuencia de)		20.16. Debe a (o como consecuencia de)		20.17. Debe a (o como consecuencia de)		
22.1. Fue un presunto accidente		Accidente <input type="radio"/>	Homicidio <input type="radio"/>	Suicidio <input type="radio"/>	22.2.1. Sí <input type="radio"/>	22.2.2. No <input type="radio"/>	22.2.3. Se ignora <input type="radio"/>	22.3.1. Vivienda particular <input type="radio"/>	22.3.2. Vivienda colectiva <input type="radio"/>	22.3.3. Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	22.4.1. Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>	22.4.2. Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>	22.4.3. Área deportiva (rancho o parcela) <input type="radio"/>	22.4.4. Área comercial de servicio <input type="radio"/>	22.4.5. Se ignora <input type="radio"/>	20.18. MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA	20.19. Debe a (o como consecuencia de)	20.20. Debe a (o como consecuencia de)	
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			22.7.1. Sitio donde ocurrió la lesión		22.8. Uso exclusivo del personal codificado Código CIE		20.21. MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA		20.22. Debe a (o como consecuencia de)		20.23. Debe a (o como consecuencia de)		20.24. Debe a (o como consecuencia de)		20.25. Debe a (o como consecuencia de)		
22.7.3. Número Exterior		22.7.4. Número 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	20.26. MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA	20.27. Debe a (o como consecuencia de)	20.28. Debe a (o como consecuencia de)	20.29. Debe a (o como consecuencia de)	20.30. Debe a (o como consecuencia de)	20.31. Debe a (o como consecuencia de)	20.32. Debe a (o como consecuencia de)	20.33. Debe a (o como consecuencia de)			
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
23.1. DEL INF.		24.1. Madre			25.1. Médico tratante <input type="radio"/>	25.2. Médico legista <input type="radio"/>	25.3. Otro médico <input checked="" type="radio"/>	26.1. Sí <input type="radio"/>	26.2. No <input type="radio"/>	26.3. Se ignora <input type="radio"/>	27.1. Lorena Adriana Carrasco Diaz	28.1. Lorena Adriana Carrasco Diaz	29.1. Avenida Venustiano Carranza	30.1. 12032017					
23.2. DEL CERTIFICANTE		24.2. Debe a (o como consecuencia de)			25.4. Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	25.5. Autoridad civil <input type="radio"/>	25.6. Otro <input type="radio"/>	26.4. *Especifique	27.2. Nombre(s)	27.3. Primer Apellido	27.4. Segundo Apellido	28.2. Nombre(s)	28.3. Primer Apellido	28.4. Segundo Apellido	29.2. Nombre(s)	29.3. Primer Apellido	29.4. Segundo Apellido		
23.3. REG. IL		24.3. Debe a (o como consecuencia de)			25.7. *Especifique	26.7. Número de la cédula profesional	27.7. Nombre(s)	28.7. Nombre(s)	29.7. Nombre(s)	29.8. Localidad	29.9. Municipio o delegación	29.10. Entidad federativa	29.11. Teléfono	29.12. Dia	29.13. Mes	29.14. Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN I.A. OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			33.1. Debe a (o como consecuencia de)		33.2. Debe a (o como consecuencia de)		33.3. Debe a (o como consecuencia de)		33.4. Debe a (o como consecuencia de)		33.5. Debe a (o como consecuencia de)		33.6. Debe a (o como consecuencia de)		33.7. Debe a (o como consecuencia de)		
					33.8. Debe a (o como consecuencia de)	33.9. Debe a (o como consecuencia de)	33.10. Debe a (o como consecuencia de)	33.11. Debe a (o como consecuencia de)	33.12. Debe a (o como consecuencia de)	33.13. Debe a (o como consecuencia de)	33.14. Debe a (o como consecuencia de)	33.15. Debe a (o como consecuencia de)	33.16. Debe a (o como consecuencia de)	33.17. Debe a (o como consecuencia de)	33.18. Debe a (o como consecuencia de)	33.19. Debe a (o como consecuencia de)	33.20. Debe a (o como consecuencia de)		

170640615



## IMPRESIÓN DE LA CEDULA 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 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: EXUDADO NASOFARINGEO

FECHA: 12/03/2017

#### EVOLUCION

EVOLUCION: CASO NO GRAVE

DIAGNOSTICO CLINICO DE NEUMONIA: NO