



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

FOLIO
170640946

983530

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA 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 GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

170640946

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Aaron		Nieto	Tenerio					
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO	1970	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Son Luis Pollos				
Dia	Mes	Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP			6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2			
			Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 2	Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD	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	Años cumplidos			
CUMPLIDA	Minutos	Horas	Días	Meses					
Para menores de 28 días anota:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL	Se casado(a) <input type="radio"/> 6			
					En unión libre <input checked="" type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5			
					Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda				
	Calle 1465 Colonia		Calle 1465 Colonia		Calle 1465 Colonia				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano						
			Son Lujos Pollos						
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
			Son Lujos Pollos						
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Bachillerato <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	Corriente <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 99			
						12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si No <input 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 type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
	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				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida 1465	15.1 Tipo de vivienda	Vivienda Unifamiliar <input type="radio"/> 1	15.2 Nombre de la vivienda	Son Lujos Pollos	Son Lujos Pollos			
	Colonia	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano				
				Son Lujos Pollos	Son Lujos Pollos				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	12 01 93	20 11 70	07 12 00	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Dia	Mes	Año	Horas	Minutos		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2			
						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Lugar exclusivo del personal codificador Código CIE		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)									
PARTE I									
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a)	Afección Respiratoria Aguda							
	b)	Síntome de inflamación respiratoria Aguda severa							
	c)	Neumonía aguda por virus influenza							
	d)	Debido a (o como consecuencia de)							
Causas antecedentes									
Estados morbosos, si existiera alguno que produjera la muerte 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	Lesión final Aguda								
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	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 Causa básica de defunción Código CIE		
		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previa a la muerte <input type="radio"/> 5	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 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?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 1	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella (fallecida)		
	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7			
				Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 6	Otro <input type="radio"/> 8			
				Se ignora <input type="radio"/> 9					
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 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	Leticia	Nieto	1465	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	II				
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
25. CERTIFICADA POR	Medico tratante <input type="radio"/> 1	Medico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	482717				
	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autonomía civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 6	*Especifique		Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE	Leticia	R. J.	1465						
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Anaflor	1465	22.15	28. FIRMA	J. L. L.				
	29.1 Tipo de vivienda	29.2 Nombre de la vivienda	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 Núm. Exterior	29.10 Núm. Interior	29.11 Teléfono	29.12 Fecha de certificación			
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Telefono	Dia	Mes	Año				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								
	Num.: _____ Libro Num.: _____	32.1 Localidad							
31.1 Acta Num.: _____	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa							
32.4 Día	Mes	Año							

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



DGE

DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA

INFLUENZA

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

IMPRESIÓN DE LA CÉDULA DEL PACIENTE

(24/03/2017 14:38:44)

DATOS GENERALES

FOLIO:	243467298		
APELLIDO PATERNO:	NIETO	APELLIDO MATERNO:	TENORIO
CURP:	NITA701105HSPTNR	FECHA DE NACIMIENTO: 05/11/1970	
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:CARLOS DIEZ GUTIERREZ		NUMERO:1465	
ENTRE QUE CALLES:			
COLONIA:	SAN MIGUELITO	C.P.:	TELEFONO:
SE RECONOCE COMO INDIGENA?:	NO	HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?: NO	
OCCUPACION:*	OTROS		

DATOS CLINICOS

SERVICIO: * URGENCIAS ADULTOS

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: * 21/03/2017

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: * 19/03/2017

**A PARTIR DE LA FECHA 19/03/2017
TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?**

INICIO SUBITO DE LOS SINTOMAS	SI
FIEBRE	SI
TOS	SI
CEFALAEA	SI
DISNEA	SI
IRRITABILIDAD	NO
DIARREA	NO
DOLOR TORACICO	NO
ESCALOFRIOS	NO
ODINOFAGIA	NO
MIALGIAS	SI
ARTRALGIAS	SI
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	SI
RINORREA	NO
POLIPNEA	NO
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	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?:* SI
 SELECCIONE EL ANTIVIRAL: * OSeltamivir

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

TUVO CONTACTO CON OTROS CASOS DE INFLUENZA 2 SEMANAS PREVIAS?:* SE IGNORA
 DURANTE LAS SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LOS SINTOMAS TUVO CONTACTO CON:*

AVES NO
 CERDOS NO
 OTRO ANIMAL

REALIZO ALGUN VIAJE ENTRE EL 12 DE MARZO DEL 2017 Y EL 19 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: LAVADO BRONQUIAL
 FECHA: 21/03/2017

EVOLUCION

EVOLUCION: * CASO GRAVE INTUBADO: SI

DIAGNOSTICO CLINICO DE NEUMONIA: SI