



SECRETARÍA 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 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 POSIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Aaron</u> Primer Apellido <u>Nieto</u> Segundo Apellido <u>Tenerio</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>05</u> Mes <u>11</u> Año <u>1970</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique <u>0416</u> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>0</u> Para menores de un día: Horas <u>0</u> Para menores de un mes: Días <u>0</u> Para menores de un año: Meses <u>0</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>34</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL Señalado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Carlos Díaz Gutiérrez</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1485</u> 10.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Independencia</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>64000</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Variante Curatario</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>7000000000000000</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Vivienda particular</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>7000000000000000</u> 15.3 Núm. Exterior <u>2015</u> 15.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>64000</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>20</u> Mes <u>03</u> Año <u>2017</u> Horas <u>03</u> Minutos <u>20</u>
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Anelisis Respiratorio Agudo</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Síndrome de dificultad respiratoria Aguda Severa</u> b) <u>Neumonía aguda por influenza</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Lesión por Asfixia</u> c) <u>Asfixia</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Asfixia</u> d) <u>Asfixia</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo: <u>Asfixia</u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U00</u>		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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <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"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): <u>0</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>0</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>0</u>		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Leifania</u> Primer Apellido <u>Nieto</u> Segundo Apellido <u>Pareda</u>
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>114</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>442712</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Ivette</u> Primer Apellido <u>Ríos</u> Segundo Apellido <u>León</u>
28. FIRMA <u>Ivette Ríos León</u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Asiento</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Independencia</u> 29.3 Núm. Exterior <u>2015</u> 29.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>64000</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>4441111111</u>
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>20</u> Mes <u>03</u> Año <u>2017</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>0</u> Libro Num. <u>0</u> 31.1 Acta Num. <u>0</u>
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 32.2 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>20</u> Mes <u>03</u> Año <u>2017</u>		



170640946

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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 NOMBRE: AARON

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

OCUPACION:* 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
CEFALEA	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 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: LAVADO BRONQUIAL

FECHA: 21/03/2017

EVOLUCION

EVOLUCION:* CASO GRAVE

INTUBADO: SI

DIAGNOSTICO CLINICO DE NEUMONIA: SI