



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 201/
FOLIO

987178

1.70642319

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Jose Santos Gómez		Hasta.	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
		Se ignora <input type="radio"/> 99 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos		Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	
				Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	
				Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	
				Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8. ESTADO CONYUGAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 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 vialidad	
				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	
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		1.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 preparatoria		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
				12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica	
				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
				15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
				15.9 Municipio o delegación	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		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?	
25052017 Dia		23510 Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>Choque hipovolémico</i> Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
		b) <i>Coagulación intravascular diseminada</i> Debido a (o como consecuencia de)			
		c) <i>Sepsis</i> Debido a (o como consecuencia de) <i>Tuberculosis</i>			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		d) <i>Síndrome de Guillain-Barré</i>			
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?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
		El puerperio <input type="radio"/> 3		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	
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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (granja o parcela)	
		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)	
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		Escuela o oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
				22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		24.1 Relación con el fallecido(a)	
		Nombre(s)		Primer Apellido	
25. CERTIFICADA POR		Segundo Apellido		24.2 Número de la cédula profesional	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique	
27. NOMBRE		28. FIRMA		28.1 Firma	
		Nombre(s)		Primer Apellido	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Segundo Apellido		28.2 Teléfono	
		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior	
				29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
				29.12 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		30.1 Día Mes Año	

*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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOVERNAMENTAL, 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 CERTIFICANTE

170642319



Paciente: JOSE SANTOS GUERRERO HUERTA Id..... : HCR579597
Médico : CHAVEZ Sexo : M Sala : MH
Cedula : 492837 Fecha: 15-MAY-2017 Hora: 22:19
Diagnos.: VIHFISTULA ANAL F.Nac: 15-MAY-1971 Edad: 46A

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BAAR EN OTRO ESPECIMEN

Número de Muestra : 215 No/Muestras procesadas : 1
Tipo de Muestra : **SECRECION DE FISTULA ANAL**

Fecha de recolección de Muestra 1 : **150517** Muestra 2 :
Fecha de recolección de Muestra 3 : Muestra 4 :
Fecha de recolección de Muestra 5 : Muestra 6 :

Comentarios :

Reporte de Bacilos ácido alcohol resistentes : **POSITIVO (+)**

INTERPRETACION DE RESULTADOS

NEGATIVO : No se observan Bacilos ácido alcohol resistentes en 100 campos Obs.
de 1 a 9 : Se informa el número de Bacilos en 100 Campos observados
Positivo(+) : Menos de 1 Bacilo (de 10-99 bacilos) en 100 Campos observados
Positivo(++) : de 1 a 10 Bacilos por campo en 50 campos observados
Positivo(+++) : Mas de 10 Bacilos por campo en 20 campos observados

Fec: 23-MAY-2017 Hora: 14:12

*Realizar: MMM

Impreso:

Q.F.B. Maria Anita de Lira Torres
Jefe de Laboratorio
Req. SSA No. 338-QFB, Ced. Prof. 995213

Q.F.B. Claudia Lourdes Delgadillo García
Subjefe de Laboratorio
Reg. Est.: SLP-2168/2010 QFB, Ced. Prof. 1564848