

799754



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

Modelo 2017
FOLIO

170643287

*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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Teodoro Rodríguez Arcoz		2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Avenida San Lorenzo 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 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 reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Servicio de ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		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 vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
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) Autismo Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía bacteriana Debido a (o como consecuencia de) c) Membrillo bacteriana Debido a (o como consecuencia de) d) Cirrosis Hepática Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otras causas patológicas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado moribundo que la produjo Cirrosis Hepática Alcoholismo crónico		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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		22.7.11 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda 28.2 Nombre de la vivienda 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

170643287



Paciente: TEODULO RODRIGUEZ QUIROZ

Id..... : HCR599035

Médico : MONTERNACH

Sexo : M

Sala : UTI

Cedula : 327601

Fecha: 08-JUL-2017

Hora: 12:18

Diagnos.: PB TB MILIAR

F.Nac: 22-FEB-1960

Edad: 57A4M15D



BACILOSCOPIAS [BAAR]

Número de Muestra : 295 No/Muestras procesadas : 2
Tipo de Muestra : **ASPIRADO TRAQUEAL**

Fecha de recolección de Muestra 1 : 08/07/2017 Muestra 2 : 09/07/2017

Fecha de recolección de Muestra 3 : Muestra 4 :

Fecha de recolección de Muestra 5 : Muestra 6 :

Comentarios : **SE OBSERVAN LEVADURAS OCASIONALES**

Reporte de Bacilos ácido alcohol resistentes : **NEGATIVO**

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: 11-JUL-2017 Hora: 14:40

*Realizo: JLSR





Paciente: TEODULO RODRIGUEZ QUIROZ	Id.....: HCR602294
Médico : AVILES	Sexo : M Sala : MEH
Cedula : 799754	Fecha: 17-JUL-2017 Hora: 21:17
Diagnos.: CIRROSIS HEP,TB MILIAR	F.Nac: 17-JUL-1960 Edad: 57A

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO COMPLETO

	Unidades		Unidades
Cant. Recibida : 1.0	mL	Aspecto : XANTOCROMICO	
Proteínas : 203.6	mg/dl	Glucosa : 21.0	mg/dl
Cloro : ----	meq/L	Tinta China : NEGATIVA	
Celulas por mm3: 2592	c/mm3	Eritrocitos : 2582	c/mm3
Leucocitos : 10	c/mm3	Cuenta Dif. PMN. : ----	%
Cuenta Dif. MN.: ----	%	Prueba de Pandy : POSITIVO 2+	
T. de GRAM: NO SE OBSERVAN FORMAS BACTERIANAS.			
Crenocitos : 1.0	%		

COAGLUTINACIONES

N. Meningitidis B/E.coli:	N.Meningitidis A.....:
N. Meningitidis C.....:	N.Meningitidis Y/W135:
H. influenzae b.....:	S.pneumoniae.....:
Streptococcus B.....:	

NOTA:

*Realizo: JEGC

Fec: 18-JUL-2017 Hora: 01:13

F.A. JmRt2

17/07/2017

HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORALES PRIETO"

12:00PM

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Registro Patología : C-0944-17
Registro Hospitalario : 00799754

Nombre del Paciente: RODRIGUEZ QUIROZ TEODULO
Servicio : S-018 URGENCIAS

Edad : 57
Cama :

Sexo : MASCULINO

Material Enviado : ASPIRADO TRAQUEAL
Dx. Clínico : PB. TB. MILIAR
Médico : DR. MONTEBACH
Fecha de Recibido : 10/07/2017

Fecha de Informe : 17/07/2017

Descripción Macroscópica:

Se reciben 20 cc. de líquido incoloro el cual se somete a centrifugación 5 minutos a 3000 RPM, del sedimento se preparan 2 extendidos y se tiñen con PAP.

Sobre fondo proteináceo se observan abundantes linfocitos y grupos de células epiteliales reactivas.

Relación de Cortes y Cápsulas:

Diagnóstico Microscópico:

ASPIRADO TRAQUEAL:

- NEGATIVO PARA CELULAS NEOPLASICAS.
- REACCION INFLAMATORIA CRONICA ASOCIADA A ESTRUCTURAS PAS POSITIVO CONSISTENTE CON ASPERGILLUS.

COMENTARIO:

Se sugiere correlación clínico patológica y toma de cultivo para confirmación.

DRA. NER/CGG

Código I

Código M


DRA. NADIA GÓMEZ HERNÁNDEZ CED. E. 3873537 MAT. 3095