



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170644939

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>Jana</u> Primer Apellido <u>Montreal</u> Segundo Apellido <u>Carlos</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO					
Dia	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?					
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
7. NACIONALIDAD*		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique					
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> 1 Para menores de un día <input type="radio"/> 2 Para menores de un mes <input type="radio"/> 3 Para menores de un año <input type="radio"/> 4 Para personas de un año o más <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					
Para menores de 28 días anote:		9.2 Semanas de gestación:					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		9. ESTADO CONYUGAL					
		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		10.2 Nombre de la vialidad					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Margarito Alarcón Juarez					
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		12. OCUPACIÓN HABITUAL					
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99				
11.1 La escolaridad seleccionada es:	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						
11.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	12.2 Se ignora <input type="radio"/> 99						
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	IMSSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Número de teléfono					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Nombre de la vialidad					
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		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
Dia <input type="radio"/> 10	Mes <input type="radio"/> 10	Año <input type="radio"/> 2017	Horas <input type="radio"/> 00	Minutos <input type="radio"/> 20	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	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.)		19.1 Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo		19.3 Parte III: Causas antecedentes	
a) Insuficiencia Respiratoria Aguda tipo II		b) Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)	
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:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		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 vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FIRMA	
Medico 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	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	Especifique	Número de la cédula profesional		29. DOMICILIO y TELÉFONO	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		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 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. Número de la cédula profesional		34. Número de la cédula profesional	
REG. VIL		35. Número de la cédula profesional		36. Número de la cédula profesional		37. Número de la cédula profesional	

*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 ESTAN 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 PARTICULARARES.

170644939



Paciente: JUANA MONREAL CARLOS
Médico : LUCINO
Cedula : 486428
Diagnos.: PB TB VERTEBRAL

Id..... : HCR625639
Sexo : F Sala : CIM
Fecha: 18-SEP-2017 Hora: 13:13
F.Nac: 18-SEP-1943 Edad: 74A



CULTIVO DE BIOPSIA DE OLEURA PULMONAR

Cama : E-1 Fecha de Recolección: 18/09/2017 Hora de Recolección: 11:20

ANTIBIOTERAPIA : No tiene

TINCION DE GRAM : No pmn, no mn, no se observan formas bacterianas

RECUENTO BACTERIANO :

CULTIVO : Sin desarrollo a las 48 hrs. de incubación

OBSERVACIONES :

Fec: 19-SEP-2017 Hora: 09:37

*Realizo: MTTR

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
INFORME ANATOMOPATOLÓGICORegistro Patología : 9-4582-17
Registro Hospitalario : 00486428Nombre del Paciente: MONREAL CARLOS JUANA
Servicio : S-002 CIRUGIA MUJERESEdad : 74
Cama :Material Enviado : RX. CUERPO VERTEBRAL
Dx. Clínico : PB. TB.
Medico : DR. LUCINDO
Fecha de Recibido : 18/09/2017

Fecha de Informe : 22/09/2017

Descripción Macroscópica:

Se recibe biopsia de cuerpo vertebral, multiples fragmentos tisulares que miden en conjunto 2x1.5x0.4cm blanquecinos friables, otro fragmento de consistencia osea de 2.1x0.9x0.4cm cubierto por tejido blanco rosado friable. En frasco separado se recibe pleura.

ISA
FIJANDO

Relación de Cortes y Cápsulas:

1-2 Biopsia de cuerpo vertebral, 3 Pleura.

Diagnóstico Microscópico:

BIOPSIAS DE VERTEBRA:

- TUBERCULOSIS.

Tinción de Z/N, positivo para micobacterias.

PLEURA:

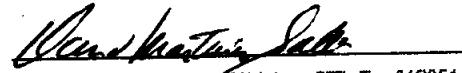
- PLEURITIS CRONICA MODERADA.

COMENTARIO:

DR. DMG/CGG

Código T

Código M



DR. DAVID MARTINEZ GALLA CED.E. 462051