



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

Modelo 2017

FOLIO

170644945

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Zita Aguilar Rodríguez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 9
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 Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 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 Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 530 BARRIO SAN JERÓNIMO 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 residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL _____ 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEXME <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEXME <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 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 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de habitación: Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
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 12/02/2017 02:00 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		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) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Bacteriemia por pseudomona aeruginosa Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Enfermedad renal crónica Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Tuberculosis renal Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Diabetes mellitus tipo 2 Insuficiencia crónica, Hipertensión arterial
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 <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 Añote 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 _____ Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Número de la cédula profesional
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ Número de la cédula profesional
27. NOMBRE _____ Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA _____ Número de la cédula profesional
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 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 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN ____/____/____ Día Mes Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO _____

*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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



170644945



PROSPEREMOS JUNTOS
Gobierno del Estado 2015-2021

Begonias # 18U, Dalias
78399 San Luis Potosí, México
Tel/Fax: (444) 824-5466 y 824-9406
Correo-e: lespslp@lespslp.com.mx

**SERVICIOS
DE SALUD**



**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE MICOBACTERIAS**



16/08/2017 11:46:55 AM

No. de Folio: 30000-120118

Edad: 64 **Meses:** 0

Nombre: ZITA

AGUILAR

RODRIGUEZ

No. de Muestras: 4

Espécimen: Orina

Fecha de Recepción: 27/07/2017

Estudio: CULTIVO

Fecha de Toma de Muestra: 27/07/2017

Procedencia: HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

RESULTADOS

Tinción de BAAR: POSITIVO (+)

Cultivo: Complejo Mycobacterium tuberculosis identificado por Prueba rápida Inmunocromatográfica TB Ag MPT 64

Sensibilidad por el Método Fluorométrico MGIT					
ANTIFÍMICO	CONCENTRAC (μ g/ml)	RESULTADO	ANTIFÍMICO	CONCENTRACIÓN (μ g/ml)	RESULTADO
Rifampicina	1	S	Etambutol	5	S
Isoniazida	0.1	S	Estreptomina	1	S

R= Resistente

S= Sensible

Observaciones: Sensible a Pirazinamida 100 μ g/mL

Q.B.P. Antonio Martínez Govea

Jefe del Departamento de Apoyo a Vigilancia Epidemiológica

M.S.P. Raúl Cárdenas Flores

Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Este informe no podrá ser reproducido parcial ni totalmente sin la previa autorización del Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Este resultado se refiere únicamente a la(s) muestra(s) recibida(s).

24/08/17

948035



Paciente: ZITA AGUILAR RODRIGUEZ	Id..... : HCR625263
Médico : A QUIEN CORRESPONDA	Sexo : F Sala : MEH
Cedula : 948035	Fecha: 17-SEP-2017 Hora: 21:23
Diagnos.: ERC	F.Nac: 17-SEP-1953 Edad: 64A



CULTIVO DE ASPIRADO TRAQUEAL

Cama : P-8 Fecha de Recolección: 17/09/2017 hora de Recolección: 19:15

ANTIBIOTERAPIA : No tiene

TINCION DE GRAM : Pmn 12-14/c, cel. epit. 0-1/c, bgn escasos

RECuento BACTERIANO :

CULTIVO : Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae

OBSERVACIONES :

*Realizo: MGMM

Fec: 19-SEP-2017 Hora: 12:38

ANTIBIOGRAMA

Organismo Seleccionado: Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae

INFORME DE SENSIBILIDAD

Antibiotico	CMI	Inter.	Antibiotico	CMI	Inter.
Amicacina	<=2	S	Ampicilina	>=32	R
Ampicilina/Sulbactam	>=32	R	Aztreonam	16	R
BLEE	Pos	+	Cefazolina	>=64	R
Cefepima	2	R	Ceftriaxona	>=64	R
Ciprofloxacino	2	I	Ertapenem	<=0,5	S
Gentamicina	>=16	R	Meropenem	<=0,25	S
Piperacilina/Tazobactam	16	S	Tigeciclina	1	S
Trimetoprima/Sulfametoxazol	>=320	R			

Observaciones:

*Realizo: L279C

Fec: 19-SEP-2017 Hora: 12:38



Paciente: ZITA AGUILAR RODRIGUEZ

Id..... : HCR630785

Médico : A QUIEN CORRESPONDA

Sexo : F

Sala : MEH

Cedula : 948039

Fecha: 02-OCT-2017

Hora: 03:08

Diagnos.: ERC SEPSIS

F.Nac: 02-OCT-1953

Edad: 64A



CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO

Cama : P-8 Fecha de Recolección: 02/10/2017 hora de Recolección: 02:00

ANTIBIOTERAPIA : Levofloxacin, Imipenem,
Amikacina

TINCION DE GRAM : PMN +, MN escasos. No se observan formas bacterianas

RECuento BACTERIANO :

CULTIVO : Sin desarrollo a los 6 días de incubación

OBSERVACIONES :

*Realizo: LCR

Fec: 02-OCT-2017 Hora: 11:52

M. de Lira

Q.F.B. María Anita de Lira Torres

Jefe de Laboratorio

Reg. 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

