



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170644945

*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 HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, 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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Zita	Primer Apellido	Aguilar	Segundo Apellido	Rodríguez				
2. FECHA DE NACIMIENTO	Dia	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
Para menores de 28 días anote:	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento	8.2 Semanas de gestación:	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	Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación habitual
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	12	00	20	17	01	20	00	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
----------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----------	----------	----------	------------	--------------	--	---	-----------------------------	---

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 morbo que la produjo	19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.4 Código CIE
a)	Choque séptico	Debido a (o como consecuencia de)		
b)	Bacteremia por pseudomonas / acarus multirresistente	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)		
	Diabetes mellitus tipo 2			
	Infarto crónico, hipertensión arterial			

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?	21.4 Úsese exclusivo del personal codificado	
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)
	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Granja <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
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	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	

22.7 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)
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
				Número de la cédula profesional
27. NOMBRE	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA

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	29.11 Teléfono	Día	Mes	Año
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA JURADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					

170644945

E.G.

L



SERVICIOS
DE SALUD

Begonias # 180, Dalias
78399 San Luis Potosí, México
Tel/Fax: (444) 824-5466 y 824-9406
Correo-e: lespslp@lespslp.com.mx



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

Nombre: ZITA AGUILAR

RODRIGUEZ

Edad: 64 Meses: 0

No. de Muestras: 4

Espécimen: Orina

Estudio: CULTIVO

Procedencia: HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

Fecha de Recepción: 27/07/2017

Fecha de Toma de Muestra: 27/07/2017

RESULTADOS

Tinción de BAAR: POSITIVO (+)

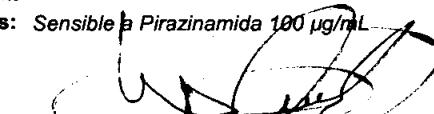
Cultivo: Complejo *Mycobacterium tuberculosis* Identificado por Prueba rápida Inmunocromatográfica TB Ag MPT 64

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	Estreptomicina	1	S

R= Resistente

S= Sensible

Observaciones: Sensible a Pirazinamida 100 μ g/ml


Q.B.P. Antonio Martínez Gómez

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).

FOA

24/08/17

948035



Paciente: ZITA AGUILAR RODRIGUEZ	Id.....: HCR625263
Médico : A QUIEN CORRESPONDA	Sexo : F
Cédula : 948035	Fecha: 17-SEP-2017
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			CMI	Inter.	Antibiotico	CMI	Inter.
Antibiotico							
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/Sulfametoxyzol	>=320	R					

Observaciones:

*Realizo: L279C

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



Ave. Venustiano Carranza 2395, Tels. 834-27-00 Ext 117 y 118 ó 834-27-56



Paciente: **ZITA AGUILAR RODRIGUEZ**
 Médico : **A QUIEN CORRESPONDA**
 Cedula : **948039**
 Diagnos.: **ERC SEPSIS**

Id..... : **HCR630785**
 Sexo : **F**
 Fecha: **02-OCT-2017**
 F.Nac: **02-OCT-1953**

Sala : **MEH**
 Hora: **03:08**
 Edad: **64A**

**CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO**Cama : **P-8** Fecha de Recolección: **02/10/2017** hora de Recolección: **02:00**

ANTIBIOTERAPIA : **Levofloxacino, 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 :

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

*Realizo: **LCR***Madeej*Impreso:
09-OCT-2017 12:38 44 p.m.

*Icr

Q.F.B. **Maria Arita 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

