

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170851606

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Omar		Guerrero		Roque	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 23 06 2014 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Zacatecas Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP -		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 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
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 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 4 10.1 Tipo de vivienda Rancho 10.2 Nombre de la vivienda San José de Lourdes 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Fresnillo 10.6 Nombre del asentamiento humano Zacatecas 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 checked="" 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"/> 9 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 320714141606 13.1 Número de seguridad social o afiliación			

DEFINICIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <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		Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		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 2395 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 78240 15.7 Código Postal		Avenida Venustiano Carranza 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad Colonia Zona Universitaria 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano		San Luis Potosí 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 26012017 Día Mes Año 1405 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 type="radio"/> 2	

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a)	Choque séptico refractario	7 días			
b)	Neumonía en paciente inmunosuprimido	15 días			
c)	Tumor de Wilms	7 meses			
d)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo					

**MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

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? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
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? Si <input type="radio"/> 1 No <input 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		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		22.7.1 Tipo de vialidad <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		22.7.2 Nombre de la vialidad <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		



Paciente: OMAR GUERRERO ROQUE

Id..... : HCR537212

Médico : TUMOR

Sexo : M

Sala : AIS

Cedula : 963340

Fecha: 18-ENE-2017

Hora: 08:34

Diagnos: TUMOR WILMS

F.Nac: 18-ENE-2015

Edad: 2A



TC

CULTIVO DE NUTRICION PARENTERAL

Cama : P-2 Fecha de Recolección: 17/01/2017 Hora de Recolección: 14:45

ANTIBIOTERAPIA :

RECUESTO BACTERIANO :

CULTIVO : Sin desarrollo

OBSERVACIONES :

*Realizo: LCR

Fec: 19-ENE-2017 Hora: 11:31



Paciente: OMAR GUERRERO ROQUE

Id..... : HCR535835

Médico : MOCTEZUMA

Sexo : M

Sala : AIS

Cedula : 963340

Fecha: 13-ENE-2017

Hora: 13:40

Diagnos.: TUMOR DE WILMS

F.Nac: 13-ENE-2016

Edad: 1A



HEMOCULTIVO DE CATETER CENTRAL

TG

Cama : P-3 Fecha de Recolección: 13/01/2017 Hora de Recolección: 13:15

ANTIBIOTERAPIA : Trimetoprima/sulfametoxazol
Cefepime

TINCION DE GRAM :

CULTIVO : Sin desarrollo a los 6 días de incubación

OBSERVACIONES :

*Realizo: LCR

Fec: 16-ENE-2017 Hora: 12:44

Madell

Q.F.B. Maria 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

