



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170851606

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Omar		Guerrero		Roque	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		23 06 2014	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Zacatecas	
Dia Mes Año					Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Se ignora <input type="radio"/> 9
			Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2		→ Especifique
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> 2	Años cumplidos <input type="radio"/> 9
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				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		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		Río Aguahavas	
4		Rancho		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		San José de Lourdes	
						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)	
		Freshillo		Zacatecas			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/> 99	
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		320714141606			
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Hospital Central Dr. Ignacio Murones Prieto		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		15.5 Nombre del asentamiento humano		San Luis Potosí		15.6 Nombre del asentamiento humano	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.10 Entidad federativa		San Luis Potosí	
2395		Colonia					
78240							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
26 01 2017 14 05		Dia Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		19.2 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		19.3 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
PARTE I		a) Choque séptico refractario		b) Neumonía en paciente inmunosuprimido		c) Tumor de Wilms	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
d)							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
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		No <input type="radio"/> 2		Código CIE	
El parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)		Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8	
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		Se ignora <input type="radio"/> 9			
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			
22.8.1							
22.8.2							
22.8.3							
22.8.4							
22.8.5							
22.8.6							
22.8.7							
22.8.8							
22.8.9							
22.8.10							
22.8.11							
22.8.12							
22.8.13							
22.8.14							
22.8.15							
22.8.16							
22.8.17							
22.8.18							
22.8.19							
22.8.20							
22.8.21							
22.8.22							
22.8.23							
22.8.24							
22.8.25							
22.8.26							
22.8.27							
22.8.28							
22.8.29							
22.8.30							
22.8.31							
22.8.32							
22.8.33							
22.8.34							
22.8.35							
22.8.36							
22.8.37							
22.8.38							
22.8.39							
22.8.40							
22.8.41							
22.8.42							
22.8.43							
22.8.44							
22.8.45							
22.8.46							
22.8.47							
22.8.48							
22.8.49							
22.8.50							
22.8.51							
22.8.52							
22.8.53							
22.8.54							
22.8.55							
22.8.56							
22.8.57							
22.8.58							
22.8.59							
22.8.60							
22.8.61							
22.8.62							
22.8.63							
22.8.64							
22.8.65							
22.8.66							
22.8.67							
22.8.68							
22.8.69							
22.8.70							
22.8.71							
22.8.72							
22.8.73							
22.8.74							
22.8.75							
22.8.76							
22.8.77							
22.8.78							
22.8.79							
22.8.80							
22.8.81							
22.8.82							
22.8.83							
22.8.84							
22.8.85							
22.8.86							
22.8.87							
22.8.88							
22.8.89							
22.8.90							
22.8.91							
22.8.92							
22.8.93							
22.8.94							
22.8.95							
22.8.96							
22.8.97							
22.8.98							
22.8.99							
22.8.100							
22.8.101							
22.8.102							
22.8.103							
22.8.104							
22.8.105							
22.8.106							
22.8.107							
22.8.108							
22.8.109							
22.8.110							
22.8.111							
22.8.112							
22.8.113							
22.8.114							
22.8.115							
22.8.116							
22.8.117							
22.8.118							
22.8.119							
22.8.120							
22.8.121							
22.8.122							
22.8.123							
22.8.124							
22.8.125							
22.8.126							
22.8.127							
22.8.128							
22.8.129							
22.8.130							
22.8.131							
22.8.132							
22.8.133							
22.8.134							
22.8.135							
22.8.136							
22.8.137							
22.8.138							
22.8.139							
22.8.140							
22.8.141							
22.8.142							
22.8.143							
22.8.144							
22.8.145							
22.8.146							
22.8.147							
22.8.148							
22.8.149							
22.8.150							
22.8.151							
22.8.152							
22.8.153							
22.8.154							
22.8.155							
22.8.156							
22.8.157							
22.8.158							
22.8.159							
22.8.160							
22.8.161							
22.8.162							
22.8.163							
22.8.164							
22.8.165							
22.8.166							
22.8.167							
22.8.168							
22.8.169							
22.8.170							
22.8.171							
22.8.172							
22.8.173							
22.8.174							
22.8.175							
22.8.176							
22.8.177							

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

Paciente: OMAR GUERRERO ROQUE
Médico : TUMOR
Cedula : 963340
Diagnos.: TUMOR WILMS

Id..... : HCR537212
Sexo : M Sala : AIS
Fecha: 18-ENE-2017 Hora: 08:34
F.Nac: 18-ENE-2015 Edad: 2A



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

CULTIVO DE NUTRICION PARENTERAL

ANTIBIOTERAPIA :

RECUENTO BACTERIANO :

CULTIVO : Sin desarrollo

OBSERVACIONES :

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

*Realizo: LCR

Madeli

Impreso:

*1201

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



Paciente: OMAR GUERRERO ROQUE
Médico : MOCTEZUMA
Cedula : 963340
Diagnos.: TUMOR DE WILMS

Id..... : HCR535835
Sexo : M Sala : AIS
Fecha: 13-ENE-2017 Hora: 13:40
F.Nac: 13-ENE-2016 Edad: 1A



HEMOCULTIVO DE CATETER CENTRAL

T6

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

Q.F.B. Maria Anita de Lira Torres
Jefe de Laboratorio

Reg. SSA No. 338-QFB, Ced. Prof. 995213

Impreso:
20-ENE-2017 11:44:25 a.m.

*lcr

Q.F.B. Claudia Lourdes Delgadillo García
Subjefe de Laboratorio

Reg. Est.:SLP-2168/2010 QFB, Ced. Prof. 1564848

