



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

Modelo 2017.1

FOLIO

180641937

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>Norberta Basdua</u>		Primer Apellido <u>Valdez</u>	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1 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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	
				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL		Avenida colonia		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				<u>Scn</u>	<u>avenida del sur satelite</u>
2030		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 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
				Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2
12. OCUPACIÓN HABITUAL				12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <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 Otra <input type="radio"/> 8 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 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	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		Día <u>15</u> Mes <u>02</u> Año <u>2018</u> Horas <u>08</u> Minutos <u>30</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
			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.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Síndrome de insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia respiratoria tipo I Neumonía tipo Influenza Neumonía Adquirida en la Comunidad			
b)					
c)					
d)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
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?	Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, DESCRÍBETE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			
22.1 Fue un presunto accidente		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
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	22.7.10 Entidad federativa
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
23. NOMBRE					
Nombre(s) _____		Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____		
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico 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
27. NOMBRE		28. FIRMA			
Nombre(s) _____		Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____		
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono		
31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
		32.1 Localidad _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes
Núm. _____, Libro Núm. _____					Año
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes
					Año
DEL REG. CIVIL		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes
Núm. _____, Libro Núm. _____					Año
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes
					Año
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA COPIA PARA CONSULTA					

*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
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

180641937



Nombre: NORBERTA BASALDUA VALDEZ	Masculino Femenino <input checked="" type="checkbox"/> X	Edad: 91 Años
Domicilio:	Municipio y Estado: VENADO, SLP.	
Unidad de Adscripción: Hospital Central IMP	Fecha de Ingreso: 06/02/18	Fecha de egreso: 15/02/18
Motivo de egreso: DEFUNCION		Registro Hospitalario 1005299

RESUMEN CLÍNICO:

Paciente femenina de 91 años de edad originaria de Tierra Blanca, Guanajuato, soltera, sin hijos, sin escolaridad. Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: diagnosticada con EPOC desde hace 4 años, tratada con tiotropio 18 mcg al día. Parálisis facial desde hace 4 años.

Inicia su padecimiento el día hace 2 días con astenia, hiporexia, somnolencia, sensación de debilidad en miembros inferiores, artralgias, fiebre ocasional de 39°C, tos esporádica, no productiva, sin predominio de horario, posteriormente se agrega hiporreactividad y desorientación. A su ingreso con TA 120/70, Fc 93, Fr 20, SatO2 89%, temp. 37.2°C. Alerta, reactivo, orientada en persona y lugar, complejión delgada, palidez generalizada en piel y tegumentos, normo céfalo, pupilas isocoricas con arco senil, ingurgitación yugular, precordio rítmico, sincrónico, campos pulmonares con ruidos respiratorios generalizados, con estertores finos inspiratorios en hemitorax izquierdo, escusión diafragmática 4 cm, saturando al 90% con apoyo de oxígeno suplementario, abdomen asigualógico, miembros inferiores sin edema. Se tomó radiografía, la cual muestra aumento de la trama vascular paaranterior, sin presencia de derramen pleural. Ingresó al piso de medicina interna para seguimiento y atención médica, en donde se complicó con neumonía tipo influenza, se tomó prueba _____, el resultado sigue pendiente, se inició tratamiento con ozeltamivir y se dio apoyo con ventilación no invasiva, ya que los familiares no aceptaron intubación orotraqueal, gasométricamente con SIRA severo sin mejoría hemodinámica, ni ventilatoria.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA	ATENCIÓN MÉDICA
NEUMONÍA TIPO INFLUENZA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	LABORATORIOS
	GABINETES
	VENTILACIÓN NO INVASIVA

DR. MARTÍN MAGAÑA AQUINO

JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)

DR ADRIÁN HERNÁNDEZ / DR MAURICIO GARCÍA 986962

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)