



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

180641937

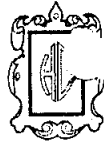
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Norberta Basaldúa Valdez</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>			
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div> </div> <div>Día Mes Año</div>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	5. CURP <div> </div> <div>Se ignora <input type="radio"/>99</div>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div> </div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>	
	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 type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <div> </div>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <div> </div> Minutos Para menores de un día <div> </div> Horas Para menores de un mes <div> </div> Días Para menores de un año <div> </div> Meses Para personas de un año o más <div>91</div> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9			
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <div> </div>		8.2 Semanas de gestación: <div> </div>	
	8.3 Peso (gramos): <div> </div>		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 type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <div>Avenida</div> <div>10.1 Tipo de vialidad</div> <div>10.2 Nombre de la vialidad</div> <div>2030 colonia</div> <div>10.3 Núm. Exterior</div> <div>10.4 Núm. Interior</div> <div>10.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>10.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>10.7 Código Postal</div> <div>10.8 Localidad</div> <div>10.9 Municipio o delegación</div> <div>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>			
	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 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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 13.1 Número de seguridad social o afiliación <div> </div>			
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 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 <div> </div> <div>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div> <div>Vía pública <input type="radio"/>10 Otro lugar <input type="radio"/>12 Hogar <input type="radio"/>11 Se ignora <input type="radio"/>99</div>				
DE LA DEFUNCIÓN	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <div> </div> <div>15.2 Nombre de la vialidad</div> <div>15.3 Núm. Exterior</div> <div>15.4 Núm. Interior</div> <div>15.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>15.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>15.7 Código Postal</div> <div>15.8 Localidad</div> <div>15.9 Municipio o delegación</div> <div>15.10 Entidad federativa</div>			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>15022018 0835</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input 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 (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) Síndrome de insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de) b) Insuficiencia respiratoria tipo I Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonía tipo Influenza Debido a (o como consecuencia de) d) Neumonía Adquirida en la Comunidad Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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: 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 type="radio"/> 2	
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <div> </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? Sí <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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <div> </div> <div>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</div>			
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div> </div> <div>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</div> <div> </div>			
	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <div> </div> <div>22.7.2 Nombre de la vialidad</div> <div>22.7.3 Núm. Exterior</div> <div>22.7.4 Núm. Interior</div> <div>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>22.7.7 Código Postal</div> <div>22.7.8 Localidad</div> <div>22.7.9 Municipio o delegación</div> <div>22.7.10 Entidad federativa</div>			
	DEL INF.	23. NOMBRE <div> </div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div> </div>
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 <div> </div>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>9864031</div> <div>Número de la cédula profesional</div>		
27. NOMBRE <div> </div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		28. FIRMA <div> </div>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <div> </div> <div>29.2 Nombre de la vialidad</div> <div>29.3 Núm. Exterior</div> <div>29.4 Núm. Interior</div> <div>29.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>29.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>29.7 Código Postal</div> <div>29.8 Localidad</div> <div>29.9 Municipio o delegación</div> <div>29.10 Entidad federativa</div> <div>29.11 Teléfono</div> <div>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div> </div><div>Día Mes Año</div></div>				
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <div> </div> , Libro Núm. <div> </div> <div>31.1 Acta Núm. <div> </div></div>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <div> </div> <div>32.2 Municipio o delegación</div> <div>32.3 Entidad federativa</div> <div>32.4 Día Mes Año</div>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA COPIA PARA SUS ARCHIVOS



Nombre: NORBERTA BASALDUA VALDEZ		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 CLINICO:

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, complexión delgada, palidez generalizada en piel y tegumentos, normo céfalo, pupilas isocóricas con arco senil, ingurgitación yugular, precordio rítmico, sincrónico, campos pulmonares con ruidos respiratorios generalizados, con estertores finos inspiratorios en hemitorax izquierdo, excursión diafragmática 4 cm, saturando al 90% con apoyo de oxígeno suplementario, abdomen asigológico, miembros inferiores sin edema. Se tomó radiografía, la cual muestra aumento de la trama vascular parahilar, sin presencia de derrame 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:
SINDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA	ATENCION MEDICA
NEUMONIA TIPO INFLUENZA	CUIDADOS DE ENFERMERIA
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	LABORATORIOS
	GABINETES
	VENTILACION NO INVASIVA

DR. MARTIN MAGAÑA AQUINO

JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)

DR ADRIAN HERNANDEZ / DR MAURICIO GARCÍA 986962

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)