

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) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____					
	2. FECHA DE NACIMIENTO 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 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 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		
	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 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 type="radio"/> 1 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9			
DEL FALLECIDO	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 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 Preescolar <input type="radio"/> 2 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 Se ignora <input type="radio"/> 99
	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			13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
	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 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					
DE LA DEFUNCIÓN	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____ 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 _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____			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 PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) 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 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE
	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
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____					
	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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		
	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 vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____					
DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		
	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 _____			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			28. FIRMA _____		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA



Nombre: ODON RODRIGUEZ		Masculino X Femenino	Edad: 78 Años
Domicilio: CALLE RUIZ, NUMERO 32, SAN CIRO		Municipio y Estado: RIO VERDE SAN LUIS POTOSI	
Unidad de Adscripción: Hospital Central IMP	Fecha de ingreso: 30/01/18	Fecha de egreso: 20/02/18	
Motivo de egreso: DEFUNCION		Registro Hospitalario: 1004873	

RESUMEN CLÍNICO:

Se trata de paciente masculino de 78 años de edad, originario y residente de Rio Verde, San Luis Potosí, Soltero, sin hijos, sin familiares directos como responsables del paciente, vive con la familia de un amigo quienes acuden a urgencias para su atención. Se desconocen antecedentes personales patológicos, cuenta con tabaquismo positivo desde hace más de 30 años en cantidad no especificada. Es hipertenso recientemente diagnosticado. Inicia tratamiento con losartan 50mg cada 12 horas, desde hace 1 semana. Ingresa por padecimiento de 15 días de evolución, caracterizado por disnea de medianos esfuerzos, y presencia de ortopnea, acompañada de dolor torácico, de tipo opresivo y tos seca ocasional. Es referido desde medio particular por datos de síndrome de insuficiencia respiratoria severa. A su ingreso con palidez generalizada, neurológicamente íntegro, adecuado estado de hidratación, campos pulmonares con hipoventilación generalizada, estertores crepitantes diseminados, ruidos cardíacos rítmicos, y presencia de soplo sistólico eyectivo aórtico áspero e irradiado a carótidas, soplo sistólico mitral, grado II/IV, irradiado a región axilar, con incremento asociado a maniobras de valsava, abdomen asignológico y extremidades íntegras. Estudios de imagen de ingreso con datos de hipertensión venocapilar grado II/III, horizontalización de arcos costales, cardiomegalia grado uno con datos de fibrosis pulmonar de etiología no determinada, progresa con deterioro ventilatorio y datos de SIRA severo, con presencia de infiltrados alveolares bilaterales diseminados. Pasa a terapia intensiva en donde recibe manejo para falla cardíaca descompensada y sospecha de proceso neumónico sobreagregados como exacerbante de la falla con laboratorios de ingreso que presentan leucocitosis de 15 mil, a expensas de neutrofilia, Lesión renal aguda AKIN III, Electrolitos séricos dentro de parámetros normales, sin alteraciones de las pruebas de función hepática, PCR en 30, BNP de 3231. Se solicita prueba rápida de influenza la cual resulta positiva, por lo que se inicia tratamiento con oseltamivir y antibiótico de amplio espectro, ajustándose con meropenem, durante 10 días por presentar cultivo de aspirado traqueal con Enterobacter Cloacae MDR a los 6 días de internamiento. Requirió de apoyo con ventilación mecánica asistida durante 15 días, con su posterior progresión ventilatoria. De manera adecuada. Se realizó ecocardiograma en donde se logró evidenciar FEVI de 40%, Insuficiencia mitral moderada y doble lesión aórtica con estenosis aórtica moderada e insuficiencia aórtica ligera. Se ajusta manejo para falla cardíaca y pasa a piso de medicina interna, dependiente de oxígeno y con daño pulmonar severo. Durante su estancia presenta delirium hiperactivo por lo que se interconsulta a psiquiatría para manejo antipsicótico. Se inicia trámite de oxígeno domiciliario, sin embargo, no se logra disminución de sus requerimientos ni destete del oxígeno, por lo que se interconsulta con neumología para ajuste de tratamiento. Progresa con evolución tórpida, persistencia del delirium, rechazo a la vía oral, con tendencia a la hipertensión. Durante la madrugada del 20 de febrero del año en curso, presenta agitación psicomotriz resistente a neurolepticos, inatención, somnolencia fluctuante con periodos de hiperactividad. Alrededor de las 5 am presenta deterioro neurológico y ventilatorio de manera súbita, ausencia de pulsos y tensión arterial no detectable, se inician maniobras de reanimación con administración de masaje cardíaco y manejo de la vía aérea, sin retorno a la circulación espontánea ni nuevo registro de actividad eléctrica cardíaca. Se declara hora de muerte las 05:50am del día 20 de febrero del 2018.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	ATENCION MEDICA Y DE ENFERMERIA
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA FEVI 40%	RADIOGRAFIA DE TORAX
ESTENOSIS MITRAL Y DOBLE LESION AORTICA	TAC DE TORAX
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	VENTILACION MECANICA ASISTIDA
PB NEUMONIA POR INFLUENZA	ELECTROCARDIOGRAMA
SIRA SEVERO	
LESION RENAL AGUDA	TOMA DE LABORATORIOS GENERALES
MUERTE SUBITA DE PB ORIGEN CARDIOGENICO	REHABILITACION FISICA
	CURACION DE HERIDAS

DR. MARTIN MAGAÑA AQUINO

JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)

DR MARCO MARTINEZ MBMI/DRA AVILES 10087894

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)