



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180641950

\*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

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido					
		2. FECHA DE NACIMIENTO	Día	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input 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?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Minutos	Horas	Días	Meses	Se ignora <input type="radio"/> 9
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 Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)											
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		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	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 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 PROSPERA <input type="radio"/> 2	IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5	SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7	Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 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	Mes	Año	Horas	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <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, 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											
b) Debido a (o como consecuencia de)											
c) Debido a (o como consecuencia de)											
d) Debido a (o como consecuencia de)											
PARTE II											
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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?		Uso exclusivo del personal codificador					
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		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 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u obra) (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9				
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Sí <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					
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
25. CERTIFICADA POR		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	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
						Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA					
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior					
		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					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad		Día							
33.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación		Mes							
		32.3 Entidad federativa		Año							

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

180641950



Nombre: <b>ODON RODRIGUEZ</b>		Edad: <b>78 Años</b>
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: <b>DEFUNCION</b>		Registro Hospitalario: <b>1004873</b>

**RESUMEN CLINICO:**

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 cardiacos ritmicos, 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 valsalva, abdomen asigñológico y extremidades integras. 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, progresó con deterioro ventilatorio y datos de SIRA severo, con presencia de infiltrados algodonosos bilaterales diseminados. Pasa a terapia intensiva en donde recibe manejo para falla cardiaca 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, Electrólitos 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 cardiaca 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. Progresó 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 neurolépticos, 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 cardiaco y manejo de la vía aérea, sin retorno a la circulación espontánea ni nuevo registro de actividad eléctrica cardiaca. Se declara hora de muerte las 05:50am del día 20 de febrero del 2018.

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