



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

Modelo 2017.1

FOLIO

180645242

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>Leslie Joceline Rocha</u>		Primer Apellido <u>Alfaro</u>		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
<u>21</u> Día <u>11</u> Mes <u>2017</u> Año		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
		Se ignora <input type="radio"/> 99 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
Minutos		Horas		Días		Meses	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		Para personas de un año o más	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						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 checked="" 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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
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		Se ignora <input type="radio"/> 99			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				12.1 Trabajaba Si <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		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
IMSS <input checked="" 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							
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		14.1 Nombre de la unidad médica		Via 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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				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		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
<u>21</u> Día <u>06</u> Mes <u>2017</u> Año <u>11</u> Horas <u>09</u> Minutos		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador		Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) <u>Choque séptico</u>							
b) <u>Neumonía probable S. pneumoniae</u>							
c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>							
d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
<u>Lesión por epilepsia remitida</u>							
<u>Reverso del dextrocardio</u>							
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:		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		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 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							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6			
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7			
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		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 Añote 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s) <u>Juan Humberto Rocha</u>		Primer Apellido <u>Martínez</u>		Segundo Apellido <u>padre</u>			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3		Número de la cédula profesional <u>9583805</u>					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique					
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Nombre(s) <u>Leslie del Carmen Solís Arame</u>		Primer Apellido <u>Solís</u>		Segundo Apellido <u>Arme</u>			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		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			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. <u>1</u> , Libro Núm. <u>1</u>		32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm. <u>1</u>		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 INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



180645242



Paciente: LESLIE JOCELYNE ROCHA ALFARO	Id.....: HCR730833
Médico : CASTILLO	Sexo : F Sala : URP
Cedula : 515454	Fecha: 21-JUN-2018 Hora: 13:25
Diagnos.: PB NEUROINFECCION	F.Nac: 21-NOV-2017 Edad: 7M

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO COMPLETO

	Unidades		Unidades
Cant. Recibida : 1.2	mL	Aspecto : LIG. TURBIO	
Proteínas : 234.5	mg/dl	Glucosa : 5.0	mg/dl
Cloro : 128.0	meq/L	Tinta China : NEGATIVO	
Celulas por mm3: 28	c/mm3	Eritrocitos : 14	c/mm3
Leucocitos : 14	c/mm3	Cuenta Dif. PMN. : 40	%
Cuenta Dif. MN.: 60	%	Prueba de Pandy : POSITIVO 3+	
T. de GRAM: SE OBSERVAN COCOS GRAM POSITIVOS ABUNDANTES			
Crenocitos :	%		

COAGLUTINACIONES

N. Meningitidis B/E.coli NEGATIVO	N.Meningitidis A..... NEGATIVO
N. Meningitidis C..... NEGATIVO	N.Meningitidis Y/W135 NEGATIVO
H. influenzae b..... NEGATIVO	S.pneumoniae..... POSITIVO
Streptococcus B..... NEGATIVO	

NOTA:

*Realizo: NGGR

Fec: 21-JUN-2018 Hora: 14:32

Lact
C-4

