



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>Loslio Joceline Rocha</u>		Primer Apellido <u>Alfonso</u>	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día <u>21</u>	Mes <u>11</u>	Año <u>2011</u>	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 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	Se ignora <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 9
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				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		Anote 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
12. OCUPACIÓN HABITUAL		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 Se ignora <input type="radio"/> 99
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	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 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	15.11 Nombre de la unidad médica	15.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día <u>26</u> Mes <u>06</u> Año <u>2018</u> Horas <u>16</u> Minutos <u>09</u>	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?
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <u>Ataque sepiúto</u>	Debido a (o como consecuencia de)	19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <u>Neuropneumonía probable S. pneumoniae</u>	Debido a (o como consecuencia de)		
c) <u>Paro cardíaco</u>		Debido a (o como consecuencia de)			
d) <u>Paro cardíaco</u>		Debido a (o como consecuencia de)			
19.4 Parte II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19.5 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
19.6 Parte III		Otros factores que contribuyeron a la muerte		19.7 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
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	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
21.4 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	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador 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?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)
22.4 Si <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 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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		22.7.1 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	23. NOMBRE	
23.1 Nombre(s)		23.2 Primer Apellido	23.3 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
27. NOMBRE		28. FIRMA		26.2 Número de la cédula profesional	
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	29.9 Municipio o delegación	29.5 Tipo de asentamiento humano
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.3 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad	32.2 Municipio o delegación	30.1 Día Mes Año	
31.2 Acta Núm.		32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año	30.2 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD.

180645242

*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



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



(act)

C - 4

LIQUIDO CEFALORRAQUIIDEO 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:

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

*Realizo: NGGR

