

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
Laboratorio de Micobacteriosis
INFORME DE PRUEBA

Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"
Av. Venustiano Carranza 2395, Ciudad

Folio	Nombre	Edad	Sexo	Tipo de muestra	Fecha de toma
106168	BALDERAS CHAVEZ MARIA GLORIA	61	F	LCR (Líquido Cefalorraquídeo)	26/06/2018

Fecha de recepción 28/06/2018 Fecha de informe 29/06/2018

RESULTADOS

Detección del Complejo M. tuberculosis por PCR **No detectado**

Resistencia a Rifampicina por PCR **No aplica**

Método GeneXpert Dx System v. 4.7b


QBP ANTONIO MARTINEZ GOVEA

JEFE DEL DEPTO DE APOYO A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA


MSP RAÚL CÁRDENAS FLORES

DIRECTOR DEL LABORATORIO ESTATAL

FDA

Begonias 180, Dalias 78399, S.L.P., México

Tel/Fax (444) 824 5466 y 824 9406. correo-e: lespslp@lespslp.com.mx

Este informe no puede ser reproducido parcial ni totalmente sin la previa autorización del Laboratorio



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180645257

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>Maria Gloria</i>		Primer Apellido <i>Pachidas</i>	Segundo Apellido <i>Chavez</i>
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día <i>21</i>	mes <i>11</i>	Año <i>1956</i>	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <i>San Luis Potosí</i>	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
<i>LAHCPG161121MSP12H100</i>		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	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	Días	Meses
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				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 Soltera(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		<i>Colonia 226</i>		<i>Domingo</i>	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
		<i>Colonia</i>		<i>San Luis Potosí</i>	
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
		<i>HCHMP</i>		<i>2408719300-1</i>	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/> 99
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	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	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 PEMEX <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 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		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
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			
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		
		<i>Colonia</i>	<i>Zona</i>		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa		
		<i>Colonia</i>	<i>San Luis Potosí</i>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día <i>10</i>	mes <i>03</i>	Año <i>2016</i>	Sí <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	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a) Debido a (o como consecuencia de)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
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:		Sí <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	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 estuve 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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		
Accidente <input type="radio"/> 1	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)		
Homicidio <input type="radio"/> 2		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)		
Suicidio <input type="radio"/> 3			Otro <input type="radio"/> 8		
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 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
		<i>22700</i>	<i>Colonia</i>	<i>Domingo</i>	<i>2408719300-1</i>
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s) <i>Maria Gloria</i>		Primer Apellido <i>Pachidas</i>	Segundo Apellido <i>Chavez</i>		
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		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	28. FIRMA		
*Especifique					
27. NOMBRE		29. DOMICILIO Y TELÉFONO			
Nombre(s) <i>Maria Gloria</i>		Primer Apellido <i>Pachidas</i>	Segundo Apellido <i>Chavez</i>		
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
		<i>Colonia</i>	<i>22700</i>	<i>Colonia</i>	<i>2408719300-1</i>
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal <i>SUP</i>	29.8 Localidad <i>Colonia</i>	29.11 Teléfono <i>4441451000</i>	Día Mes Año
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa <i>SUP</i>			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Núm. <i>10210211</i> , Libro Núm. <i>100</i>		32.1 Localidad <i>Colonia</i>			
31.1 Acta Núm. <i>10210211</i>		32.2 Municipio o delegación <i>Colonia</i>	32.3 Entidad federativa <i>SUP</i>	32.4 Día Mes Año	
*SI LA DEFUNCIÓN NO FUERA 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES					

180645257

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUERA 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUERA 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