



934/210

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

6, 183

WILHELMUS ETIUS

150683183

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Salvador Nombre(s)		Delyedo Apellido paterno		Zacatecas Apellido materno			
2. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO		4. NACIONALIDAD			
Hombre <input type="radio"/> 1		Mujer <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input type="radio"/> 1			
Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 99		Otra <input type="radio"/> 2			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO			
Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99		280211935			
Kilogramos		Gramos		Metros		Mes			
Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año			
Minutos		Horas		Días		Meses			
9. EDAD CUMPLIDA		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL		9.2 Para personas de un año o más			
Para menores de un año		Para menores de un día		En unión libre <input type="radio"/> 4		Separado(a) <input type="radio"/> 6			
Para menores de un mes		Para menores de un año		Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Viudo(a) <input type="radio"/> 2			
Para personas de un año o más		Para personas de un año o más		Soltero(a) <input type="radio"/> 1		Casado(a) <input type="radio"/> 5			
Años cumplidos		Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 99			
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)							
Gra Borrero Estrada 1		Emiliano Zapata		11.1 Calle y número		11.2 Colonia			
Villa de Ramos		11.3 Localidad		San Luis Potosí		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11.4 Municipio o delegación									
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL							
Ninguna <input type="radio"/> 1		Primaria incompleta <input type="radio"/> 2		Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4		Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11			
Preescolar <input type="radio"/> 12		Primaria completa <input type="radio"/> 3		Secundaria completa <input type="radio"/> 5		Profesional <input type="radio"/> 7			
IMSS <input type="radio"/> 2		PEMEX <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 6		Postgrado <input type="radio"/> 10			
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 1		ISSSTE <input type="radio"/> 3		Seguro Popular <input type="radio"/> 7		Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación							
Ninguna <input type="radio"/> 1		ISSSTE <input type="radio"/> 3		SEDENA <input type="radio"/> 5		241083726201			
IMSS <input type="radio"/> 2		PEMEX <input type="radio"/> 4		IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		IMSS <input type="radio"/> 3		PEMEX <input type="radio"/> 5		Hospital Central "Juárez Marques Prieto"			
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 6		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad							
Av. Venustiano Carranza 2395		San Luis Potosí							
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?						19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
130110701151171014		Sí <input type="radio"/> 1						No <input type="radio"/> 2	
Día Mes Año Horas Minutos		Se ignora <input type="radio"/> 99						Sí <input type="radio"/> 1	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE						No <input type="radio"/> 2	
PARTE I		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS						Uso exclusivo del personal codificado	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:						Código CIE	
Causas antecedentes		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?						Código CIE	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?						Código CIE	
a) <i>Choque septico</i> Debido a (o como consecuencia de)									
b) <i>Cancer de prostata</i> Debido a (o como consecuencia de)									
c) <i>Neyrone intra hospitalaria</i> Debido a (o como consecuencia de)									
d) <i>Infección de vías urinarias</i>									
PARTE II		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión						23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo		Vivienda particular <input type="radio"/> 0						Area industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	
El embarazo <input type="radio"/> 1		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1						Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3						Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5						Otro <input type="radio"/> 8	
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2						Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Se ignora <input type="radio"/> 99						Se ignora <input type="radio"/> 99	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión									
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión									
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia						23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación								23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE		Arzelic Nombre(s)		Delyedo Apellido paterno		Torres Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
26. CERTIFICADA POR								Hija	
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	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO								8825710	
Número de la cédula profesional									
28. NOMBRE		Oriel Nombre(s)		Villela Apellido paterno		Segura Apellido materno		29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO									
Av. Venustiano Carranza 2395, Colonia Universitario									
31. FIRMA								32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
S		San Luis Potosí							
34.1 Localidad									

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

150683183

100

Nombre: Salvador Delgado Zavala		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad: 80a
Domicilio: Gro Borrego Estrada #1		Municipio y Estado: Villa de Ramos, SLP.	
Unidad de Adscripción: HCIMP	Fecha de ingreso: 20.10.15	Fecha de egreso: 30.10.15	
Motivo de egreso: DEFUNCIÓN		Registro Hospitalario: 934210	

RESÚMEN CLÍNICO:

Masculino de 80 años que acudió a urgencias de éste hospital siendo trasladado del H.G. Soledad, con antecedente de DM2 de larga evolución y HAS de reciente diagnóstico. En soledad se hizo el diagnóstico de ERC crónica agudizada y es enviado a éste hospital para su manejo, además se colocó catéter "shurka" a su ingreso a éste hospital hipertenso y taquicárdico, con mucosas mal hidratadas, campos pulmoanres con estretores bilaterales y glasgow 12 pts. Se reinterroga y refiere seguimiento por urología debido a adenocarcinoma de próstata. En urgencias se continua manejo dialítico, se detecta FA, es valorada por cardiología quienes realizan eco transtorácico y deciden no iniciar anticoagulación por riesgo de sangrado, se inicia antibiótico con ceftriaxona pensando en un foco neumonídico que agudizaría el cuadro, pasa a piso de medicina interna, continua su manejo dialítico y antibiótico, el día de hoy comienza con datos de dificultad respiratoria, taquipneico y saturando 86% con apoyo de masilla por lo que se decide intubación orotraqueal previa autorización de familiares. Paciente presenta deterioro ventilatorio a pesar de parámetros altos del ventilador y fallece a las 17:04hrs de hoy.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
Choque séptico	Canalización de vía periférica
Cáncer de próstata	Toma de laboratorios y cultivos
Neumonía intrahospitalaria	Terapia dialítica
Infección de las vías urinarias	Estudios e gabinete
Diabetes Mellitus 2	Intubación orotraqueal
Hipertensión arterial	Ventilación mecánica asistida
Enfermedad Renal crónica	
Encefalopatía urémica	
Síndrome urémico	
Fibrilación auricular	

DR. AUGUSTIN ALFREDO MADERO

JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)

DR. GROZCO

DR. URIEL VILLELA SEGURA
CED. 8825710
MEDICINA INTERNA

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)