



934/210

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

0 Cirsi

FOLIO

150683183

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Salvador Delgado Zavala Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 28/02/1935 Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 080 Se ignora <input type="radio"/> 99	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Gro. Borrego Estrada 1 Emiliano Zapata 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Ville de Ramos San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación 241083726201	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Hospital Central "Ignacio Márquez Prieto" 15.1 Nombre de la unidad médica S.P.I.S.S.A.I.O.O.1.1.1.0.2 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.3 Localidad San Luis Potosí 15.4 Municipio o delegación 15.5 Entidad federativa	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Venustiano Carranza 2345 Universitaria 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 3/01/02/01/51/17:10/4 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿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"/> 99	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) b) Cáncer de próstata Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonia intrahospitalaria Debido a (o como consecuencia de) d) Infección de vías urinarias. Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo DM II HAS Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 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 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Uso exclusivo del personal codificador	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 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 Arnelia Delgado Torres Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8825710 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Uriel Villela Segura Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO Av. Venustiano Carranza 2345, Colonia Universitaria	
31. FIRMA	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO S S	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí 34.1 Localidad	



150683183



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 enviada a éste hospital para su manejo, además se colocó catéter Mahurkar a su ingreso a éste hospital hipertenso y taquicárdico, con mucosas mal hidratadas, campos pulmonares con estertores bilaterales y Glasgow 12 pts. Se reinterroga y refiere seguimiento por urología debido a adenocarcinoma de próstata. En urgencias se continúa manejo dialítico, se detecta FA, es valorado por cardiología quienes realizan eco transtorácico y deciden no iniciar anticoagulación por riesgo de sangrado, se inicia antibiótico con ceftriaxona pensando en un foco neumónico que agudizaría su cuadro, pasa a piso de medicina interna, continúa su manejo dialítico y antibipotasio, el día de hoy comienza con datos de dificultad respiratoria, taquipnéico y saturando 86% con apoyo de masarilla 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 de gabinete
Diabetes Mellitus 2	Intubación orotraqueal
Hipertensión arterial	Ventilación mecánica asistida
Enfermedad Renal crónica	
Encefalopatía urémica	
Síndrome urémico	
Fibrilación auricular	


DR. AGUSTÍN ALCARÓN MADERO

JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)


DR. CROZCO

DR. URIEL VILLELA SEGURA
CED. 8825710
MEDICINA INTERNA

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)