



28/01/16

Nombre: Escolastica Bautista Perez		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Edad: 71
Domicilio:		Municipio y Estado: Tamuin	
Unidad de Adscripción: HCIMP	Fecha de ingreso: 25/01/16	Fecha de egreso: 28/01/16	
Motivo de egreso: Defunción		Registro Hospitalario: 464276	

RESÚMEN CLÍNICO:

Femenino de 71 años referida de HG Valles por hipercalcemia pb secundaria a Cancer de mama metastasico(hueso) EC IV. Con mamografía BIRADS IV, aun sin confirmación por patología. Ingres a revisiones con SV normales, Refiere nódulo mamario de 3 años evolución, pérdida peso 10kg y lumbalgia cronica que limitó la deambulaci3n desde hace 5 semanas.

EF: destaxa nódulo mamario izquierdo 6x6cm indurado, indoloro, adherido a planos profundos, alteraciones del estado altera. Labs ingreso destaca anemia normo nor mo(10.2), FA elevada 358, Desequilibrio hidroelectrolitico hipokalemia 1.8, Hipercalcemia 11.6 EGO lueco 10-12 Eritros 8-10 bacterias +, se coloca CVC por parte de servicio Cx general, y se IC para control de DHE, se toma radiografía de torax normal y US higado y vias biliares sin datos metastastis viscerales. Se realiza biopsia nódulo por aguja trucut con ETO carcinoma lobulliar infiltrante, fuera de tx quirurgico, con tratamiento con acido zolendronico y anastrozol, valorada por oncologia medica. El día de hoy en regulares condiciones generales con regular estado hidrataci3n, presenta deterioro neurologico y datos clinicos de dificultad respiratoria, sufriendo paro cardiopulmonar avanzada, tras las cuales no revierte estado paro cardiopulmonar, se da hora de defunci3n el 28/01/16 a las 15:40hrs, se avisa a familiares.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
Cancer de mama metastasico	Toma de biopsia
	RCP avanzado
	toma estudios de laboratorio e imagen.
	colocaci3n de cateter venoso central.

Dr . De la Maza

Dr. Cervantes

DR. HÉCTOR ELÍAS
CERVANTES ROSAS
C.D. PROF. 1907908
MATRICULA. 3001

JEFE DE LA DIVISI3N
(Nombre y firma)

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)



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

Modelo 2016

FOLIO

160614216

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Escobar, Juan Bautista		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO 45 Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 10/02/1944		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 71 Se ignora <input type="radio"/> 9			
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"/> 9			
11. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
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 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 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
14. 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 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			
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 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		15.4 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17/01/2016 15:40		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				Código CIE	
a) Debido a (o como consecuencia de)					
b) Debido a (o como consecuencia de)					
c) Debido a (o como consecuencia de)					
d) Debido a (o como consecuencia de)					
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					
Diabetes mellitus 2					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
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"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		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"/> 9	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?					
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, añote 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 Miguel Ángel Olegua Bautista		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
26. CERTIFICADA POR 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 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE María Guadalupe Amador Hernández		29. TELÉFONO			
30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
33.1 Acta Núm.		34.1 Localidad			
34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 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*