



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

RESUMEN CLÍNICO:

Femenino de 71 años referida de HG Valles por hipercalcemia pb secundaria a Cancer de mama metastasico(hueso) EC IV. Con mamografia BIRADS IV, aun sin confirmación por patología. Ingresa el 25 enero a revisiones con SV normales, Refiere nódulo mamario de 3 años evolución, perdida peso 10kg y lumbalgia crónica que limitó la deambulación desde hace 5 semanas. EF: destaca 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 hidroelectrolítico 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 hígado y vías biliares sin datos metastasis viscerales. Se realiza biopsia nódulo por aguja trucut con ETO carcinoma lobular infiltrante, fuera de tx quirúrgico, con tratamiento con ácido zolendronico y anastrazol, valorada por oncología médica. El día de hoy en regulares condiciones generales con regular estado hidratación, presenta deterioro neuroológico y datos clínicos de dificultad respiratoria, sufriendo paro cardiorrespiratorio se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada, tras las cuales no revierte estado paro cardiorrespiratorio, se da hora de defunción el 28/01/16 a las 15:40hrs, se avisa a familiares.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
<b>Cancer de mama metastasico</b>	Toma de biopsia
	RCP avanzado
	toma estudios de laboratorio e imagen.
	colocación de cateter venoso central.

Dr. De la Maza

JEFE DE LA DIVISIÓN  
(Nombre y firma)

DR. HÉCTOR ELÍAS  
Dr. Cervantes ROSAS  
CED. PROF. 1907908  
MATRÍCULA. 3001

MÉDICO TRATANTE  
(Nombre y firma)



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160614216

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)**

*Felicita Pérez*

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

**2. CURP**

3. SEXO

Hombr

Mujer

Se ignora

99

4. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

Se ignora

**5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?**

Si

No

Se ignora

9

**6. PESO**

45

Kilogramos

Gramos

**7. TALLA**

171

Metros

Centímetros

**8. FECHA DE NACIMIENTO**

1944

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

Se ignora

9

**10. ESTADO CONYUGAL**

En unión libre

4

Separado(a)

6

Divorciado(a)

3

Viudo(a)

2

Soltero(a)

1

Casado(a)

5

Se ignora

9

**11. RESIDENCIA HABITUAL**

Anote 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)

Se ignora

99

**12. ESCOLARIDAD**

Ninguna

1

Primaria incompleta

2

Secundaria incompleta

4

Bachillerato o preparatoria incompleta

11

Profesional

7

Se ignora

99

Preescolar

12

Primaria completa

3

Secundaria completa

5

Bachillerato o preparatoria completa

6

Posgrado

10

**13. OCUPACIÓN HABITUAL**

13.1 Trabajaba

Si

1

No

2

Se ignora

9

**14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD**

Ninguna

1

ISSSTE

3

SEDENA

5

Seguro Popular

7

Otra

8

IMSS

2

PEMEX

4

SEMAR

6

IMSS Oportunidades

10

Se ignora

99

**15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN**

Secretaría de Salud

1

IMSS

2

PEMEX

3

SEDENA

5

Otra unidad médica privada

8

Unidad médica privada

9

**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

Via pública

10

Otro lugar

12

Hogar

11

Se ignora

99

**17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN**

17.1 Día

15

17.2 Mes

01

17.3 Año

2016

17.4 Horas

15

17.5 Minutos

40

**18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?**

Si

1

No

2

Se ignora

9

**19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?**

Si

1

No

2

**20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

**PARTE I**

Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente

a)

Debido a (o como consecuencia de)

b)

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

Diabetes mellitus 2.

**PARTE II**

Otros estados patológicos

significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morboso que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

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

1

El parto

2

El puerperio

3

No estuvo embarazada en los

últimos 11 meses previos a la muerte

5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si

1

No

2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si

1

No

2

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

0

Area deportiva

3

Granja (rancho o parcela)

7

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)

1

Calle o carretera (vía pública)

4

Otro

8

Área comercial o de servicios

5

Se ignora

9

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**

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante

1

Médico legista

2

Otro médico