



Nombre: ESTEFANY ABIGAIL NAVARRO ORVANTES		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Edad: 5m
Domicilio:		Municipio y Estado:	
Unidad de Adscripción: HCIMP	Fecha de Ingreso: 21/1/16	Fecha de egreso:	
Motivo de egreso: Defunción		Registro Hospitalario:	

RESUMEN CLÍNICO:

Ingresó paciente femenino de 5 meses de edad, que cuenta con los siguientes antecedentes: madre 23 años, ama de casa, escolaridad preparatoria, sana, padre de 23 años, estudiante técnico mecanico, sano, producto de gesta I, con embarazo normoevolutivo, con diabetes gestacional en séptimo mes de embarazo, sin tratamiento, con polihidramnios por lo que el 20/08/15 se resuelve por vía abdominal, obteniendo RNVF de 1970gr, APGAR 5-9, 36 sdg por Capurro, FC de 70, por lo que se dan dos ciclos de VPP, con lo cual mejora clínicamente, además se observa, micrognatia, implantación baja de pabellón auricular, hepato y esplenomegalia, se colocó en incubadora con oxígeno a flujo libre, se encunetra soplo sistólico, grado II/VI por lo que requirió manejo con aminos, se requirió intubación orotraqueal, se toma radiografía donde se observa compromiso de asas intestinales, se valora por el servicio de cirugía pediátrica por lo que se decide pasas a quirófano, donde se encuentra perforación intestinal yeyuno-ileal distal con necrosis de íleon termina + peritonitis meconial y liberación de bridas, durante el mismo internamiento se realiza desmontaje de yeyunostomía, resección de apéndice y ciego, se egresa por mejoría el 04/11/15, comienza su padecimiento con disminución del apetito, vomito de predominio biliar, sin algún otro dato, acude a urgencias 21/01/16, a las 01:33 hrs, donde se encuentra con retraso en llenado capilar, mucosa oral en mal estado de hidratación, a su ingreso con gasometría con ph:6.9, hco3:4.4, pco2:19.9 se coloca osteoclis anterior ante la imposibilidad de vía periférica, por lo que se decide su ingreso a sala de pediatría para su manejo, el día 27/01/16 se realiza intento fallido de colocación de CVC, al no contar con vía se coloca osteoclis en 3 ocasiones más y el día de hoy valorado por radiología intervencionista, para colocación de CVC guiado por Us, previamente con hipoglucemias de hasta (24), al no contar con vía se pasan bolos de solución glucosada por sonda orogastrica, pasa a hemodinamia, donde presenta paro cardiorespiratorio, se realizan maniobras avanzadas por 15 minutos sin recuperación, con hora de defunción 21:09

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
Desnutrición severa	Colocación de osteoclis
Deshidratación severa	Us yugular
Choque hipovolemico	Toma de Laboratorios generales
	Atención médica
	Cuidados generales de enfermería


Dr. José Silvano Medrano Rodríguez
Ced. Prof. 920901
Matrícula 3099
Dr. José Silvano Medrano Rodríguez
JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)


DR. MIGUEL ANGEL SANTOS DIAZ
DR. EDUARDO ROBERTO CABALLERO LUGO
CEDULA 8125527
PEDIATRÍA
Dr. Miguel Angel Santos Diaz
MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

160614237

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Eslemany</u> Apellido paterno <u>Abigail</u> Apellido materno <u>Navarro Cervantes</u>	
2. CURP <u>NACEI150820MSPVRS A</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
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 <u>2</u> Kilogramos <u>460</u> Gramos	7. TALLA <u>0</u> Metros <u>59</u> Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>20</u> Día <u>08</u> Mes <u>20</u> 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 <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 checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>1A. Priv. Graciano Sanchez #20</u> 11.2 Colonia <u>Palmar Escondido</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Mexiquita de Carranza</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" 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 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 <u>2410874284-3</u>

DE LA DEFUNCIÓN

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 <u>Hospital General de Medicina Interna</u>	Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Av. Venustiano Carranza #2395</u> 16.2 Colonia <u>Zona Universitaria</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>29</u> Día <u>01</u> Mes <u>20</u> Año <u>16</u> Horas <u>21</u> Minutos <u>09</u>	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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <u>Shock Hipovolémico</u> 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 <u>Deshidratación severa</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Desnutrición severa</u> 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 morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 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 checked="" type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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"/> 9	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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, 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			

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) <u>Cenobio</u> Apellido paterno <u>Navarro</u> Apellido materno <u>Martinez</u>	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>
---	--

DEL CERTIFICANTE

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 Número de la cédula profesional <u>8123522</u>
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Eduardo Roberto</u> Apellido paterno <u>Caballero</u> Apellido materno <u>Wgo</u>	29. TELÉFONO <u>(444) 198-10-00</u>
30. DOMICILIO <u>Av Venustiano Carranza #2395</u> <u>Zona Universitaria San Luis Potosí SLP.</u>	31. FIRMA <u>[Firma]</u>
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>30</u> Día <u>01</u> Mes <u>20</u> Año <u>16</u>	

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. , Libro Núm. 33.1 Acta Núm.	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 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*

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



160614237