



Nombre: MARTINEZ VARGAS JESÚS ADRIAN		HOMBRE	Edad: 37 AÑOS
Domicilio: 2DA DE SANTIAGO # 11 COLMARIA CECILIA 1 SECC.		Municipio y Estado SAN LUIS POTOSÍ, SLP	
Unidad de Adscripción: HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"	Fecha de ingreso: 19/08/19	Fecha de egreso: 22/08/19	
Motivo de egreso: DEFUNCIÓN		Registro Hospitalario: 1041800	

RESUMEN MÉDICO

Hombre de 37 años, con los siguientes antecedentes de importancia. Originario de Charcas y Residente de San Luis Potosí, bachillerato completo, herrero retirado, en unión libre, católico. Habita en medio urbano en domicilio rentado con dos personas (concubina e hijastra), cuenta con luz, agua, gas y todos los servicios extradomiciliarios, biomasa (-), COMBE (-), aseo corporal con cambio de ropa diario, aseo oral regular, dieta deficiente en cantidad y calidad, convive con un perro y tres gatos, sedentario, vacunas al corriente, hábito alcohólico positivo hasta llegar a la embriaguez de forma intermitente suspendido hace cuatro años, antecedente de tabaquismo desde los 12 años de edad a razón de una cajetilla diaria suspendido hace un año (IT 25 paquetes/año), grupo sanguíneo O+, IVSA a los 22 años de edad con una pareja sexual, niega viajes recientes, niega ETS o conductas sexuales de alto riesgo, posee tres tatuajes (ambos brazos y espalda). Niega alergias. Antecedentes traumáticos de fractura cigomático izquierdo y hueso temporal izquierdo secundario a policontusión por asalto (hace 15 años). Transfusiones positivas por dicho antecedente traumático con antecedentes quirúrgicos de colocación de material de osteosíntesis y placa a nivel maxilar superior y temporal. Medicación actual: uso de TMP-SMX por aparente neumonía (a principios de mes), omeprazol, gel de magnesio de uso crónico sin mejoría sintomática. Probable **enfermedad pilonidal** (de 5 años de evolución) referido como presencia de "quiste" en región interglútea con secreción de líquido seropurulento no doloroso. Inicia padecimiento hace siete meses con la presencia de tos seca, no disneizante, ni emetizante, de predominio matutino acompañada de síntomas B con alzas térmicas no registradas, pérdida ponderal (aproximadamente de 20kg en 4 meses con peso habitual de 85kg y peso actual referido de 65kg) y diaforesis profusa. Hace tres meses refiere la presencia de diarrea acuosa hasta ocho evacuaciones por día sin mejoría con ayuno acompañado de dolor abdominal intermitente tipo cólico EVA 3/10 en mesogastrio con irradiación a flanco izquierdo, además de singulto. Hace quince días refiere la presencia de expectoración blanquecina, además de disminución en la ingesta de alimentos secundario a disfagia progresiva de sólidos a líquidos con regurgitación. Acudió a valoración con facultativo quien indicó coproparasitoscópico seriado en 3 con resultado negativo e inició tratamiento a base de bactrim por sospecha de neumonía; es traído por familiar por persistencia sintomática. Durante internamiento presenta síntomas compatibles con tuberculosis miliar diseminada, por lo que se solicita ZN, cultivo de expectoración, además por presentar disfagia se solicita endoscopia con reporte de gastritis erosiva y úlcera en tercio medio de esófago, cuenta con serologías positivas HIV, se tomaron muestras para western blot, se coloca PPD sin reacción. Se solicita una tomografía de tórax y abdomen de triple contraste, se comenta con servicio de radiología, mismos que no descartan la posibilidad de tratarse de tuberculosis diseminada por lo que se comenta con servicio de infectología quienes añadirán dotbal a manejo. el día de hoy por la mañana se reporta polipnea, con dificultad respiratoria franca, con uso de músculos accesorios, disnea de mínimos esfuerzos súbita, por lo que se solicitan nuevos estudios de laboratorio, se decide realizar intubación como protección de la vía aérea, se coloca catéter venoso central, posteriormente continúa con deterioro del estado hemodinámico por lo que se inician vasopresores a 0.29 gammas sin presentar mejoría, se observa asistolia, por lo que se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, sin presencia de retorno de la circulación espontánea. Con últimos estudios de laboratorio de control de NA: 130, K: 3.7, Cl: 104, PCR: 16.1, Hb: 10, Hto: 32, Leucocitos: 9, neutrofilos: 8.01, Plaquetas: 406, TSH: 0.6, Glu:112, BUN: 19, UREA: Cr: 0-8.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	MANEJO MÉDICO
SIDA	TOMOGRAFÍA DE TÓRAX Y ABDOMEN
TUBERCULOSIS MILIAR DISEMINADA	ESTUDIOS DE LABORATORIO
INFECCIÓN POR HIV	ELECTROCARDIOGRAMA, RX DE TÓRAX
DIARREA CRÓNICA	

DR. MARTIN MAGAÑA AQUINO

DR GERARDO LUIS SAUCEDO MB/ DRA ORTIZ R2M/DR FLORES R1MI
(14183045)

JEFE DE LA DIVISIÓN

MÉDICO TRATANTE



Paciente: JESUS ADRIAN MARTINEZ VARGAS	Id..... : HCR068032
Médico : VICTOR SAMUEL JIMENEZ	Sexo : M
Cedula : 1041800	Fecha: 21-AGO-2019
Diagnos.: PB TB	F.Nac: 07-DIC-1981
	Sala : MEH
	Hora: 09:24
	Edad: 37A8M14D



ELECTROLITOS SERICOS

PRUEBA	RESULTADO	INTERVALOS DE REFERENCIA
Sodio.....	130.0 mmol/L	136 - 145 mmol/L
Potasio..	3.73 mmol/L	3.5 - 5.1 mmol/L
Cloro.....	104.0 mmol/L	98 - 107 mmol/L

*Realizo: ARRM

NOTA:

Fec: 21-AGO-2019 Hora: 10:10

PROTEINA C REACTIVA

Proteína C reactiva	VALORES DE REFERENCIA
Resultado: 16.1 mg/dl	0.0 - 0.5 mg/dl

*Realizo: ARRM

Fec: 21-AGO-2019 Hora: 10:10

HIV Ag/Ab

	VALORES DE REFERENCIA
HIV Ag/Ab : REACTIVO (246.18)	NO REACTIVO < 1.0
	REACTIVO >=1.0

*Realizo: ADM

Fec: 21-AGO-2019 Hora: 11:54

PRIMERA MUESTRA.

M. Anita de Lira Torres

Q.F.B. Maria Anita de Lira Torres
Jefe de Laboratorio

Reg. SSA No. 338-QFB, Ced. Prof. 995213

Q.F.B. Claudia Lourdes Delgadillo García
Subjefe de Laboratorio

Reg. Est.:SLP-2168/2010 QFB, Ced. Prof. 1564848



FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH/SIDA

CLASIFICACIÓN:

INFECCIÓN ASINTOMÁTICA POR VIH

SIDA

GP.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

TRANSMISIÓN VERTICAL

V

Nº AFILIACIÓN: 240510680 FOLIO: _____

CURP: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: martín Vargas Jesús Adrian
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/1981 ESTADO: San Luis Potosí JURISDICCIÓN: I
Día Mes Año de nacimiento de nacimiento

MUNICIPIO: S. L. P. EDAD: 32 8 0 SEXO: Masculino ☒ Femenino ☐
de nacimiento Años Meses Días

OCUPACIÓN: No especificada ESCOLARIDAD: Preparatoria
(Actual o última) (Último año aprobado)

RESIDENCIA ACTUAL: 2º de Santiago 11 Maria Cecilia 1ª Sección
Calle Número Colonia Estado

Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad C.P. Delegación IMSS Delegación ISSSTE

Entre qué calle _____ y qué calle _____

ES UNA PERSONA MIGRANTE: SI ☐ NO ☒ ? ☐
☐ Migrante Nacional ☐ Otro
☐ Migrante E.E. U.U. Especifique: _____

ANterior LUGAR DE RESIDENCIA POR MÁS DE SEIS MESES EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS
(Si son diferentes al habitual y si han durado más de 6 meses)

ES UN CASO BINACIONAL: SI ☐ NO ☐ ? ☐
Ciudad o Localidad Estado País Meses País y Ciudad

HABLA LENGUA INDÍGENA: SI ☐ NO ☐ ? ☐ Cuál: _____

PERTENECE A ALGÚN GRUPO ÉTNICO: SI ☐ NO ☐ ? ☐

¿HA TENIDO HIJOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? SI ☐ NO ☒ NO APLICA ☐ ¿Cuántos? _____

II

Clave Unidad Estado/Delegación UNO SAN LUIS POTOSÍ
SECRETARÍA DE SALUD HOSPITAL CENTRAL "DR IGNACIO MORONES PRIETO" Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad
Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) Nombre del Médico Notificante

FECHA DE NOTIFICACIÓN: 22/08/2019
Día Mes Año

III

1. SEXUALIDAD

A. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES SI ☐ NO ☒ ? ☐ NO APLICA ☐

B. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MUJERES: SI ☒ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐

C. A PARTIR DE 1980 HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS QUE SON:

	SI	NO	?
HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES			
BISEXUALES			
HETEROSEXUALES			
MIGRANTES			
TRABAJADORAS SEXUALES			
TRABAJADORES SEXUALES			
TRANSGÉNERO/TRANVESTITRANSEXUAL			
USUARIAS DE DROGAS INYECTABLES			
HEMOFÍLICAS			
INTERNAS DE CERESO			
PORTADORAS DE VIH O SIDA			
RECEPTORAS DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA O DE TRASPLANTE DE ORGANOS/TEJIDOS			

D. ES O HA SIDO TRABAJADOR SEXUAL: SI ☐ NO ☒ ? ☐ NO APLICA ☐

E. HA RECIBIDO ALGUN PAGO POR TENER RELACIONES SEXUALES: SI ☐ NO ☒ ? ☐ NO APLICA ☐

F. HA PAGADO POR TENER RELACIONES SEXUALES: SI ☐ NO ☒ ? ☐ NO APLICA ☐

G. ES UNA PERSONA TRANSGÉNERO/TRANVESTITRANSEXUAL: SI ☐ NO ☒ ? ☐ NO APLICA ☐

H. FUE VÍCTIMA DE VIOLACIÓN SEXUAL: SI ☐ NO ☒ ? ☐ Fecha en que ocurrió: _____ Día Mes Año
Fecha de Seroconversión a VIH: _____ Día Mes Año

Recibió quimioprofilaxis SI ☐ NO ☐ ? ☐ Fecha de Inicio: _____ Día Mes Año Cuántas horas después de la violación: _____ Duración de la quimioprofilaxis: _____ días.

2. HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVENIL: SI ☐ NO ☐ ? ☐ SE LE DIAGNOSTICÓ VIH: ANTES ☐ DURANTE ☐ DESPUÉS DE SU ESTANCIA EN EL CERESO: ☐

3. HA RECIBIDO TRANSFUSIONES: SI ☐ NO ☒ ? ☐

No UNIDADES TRANSFUNDIDAS DESPUÉS DE 1980 _____

UNIDAD 1: _____ Día Mes Año Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad
Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

UNIDAD 2: _____ Día Mes Año Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad
Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

4. ES UNA PERSONA HEMOFÍLICA: SI ☐ NO ☒ ? ☐

5. ES UNA PERSONA USUARIA DE DROGAS INYECTABLES: SI ☐ NO ☒ ? ☐

6. HA DONADO SANGRE: SI ☐ NO ☒ ? ☐

7. HA RECIBIDO TRASPLANTES DE ORGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: SI ☐ NO ☒ ? ☐

TIPO DE INTERVENCIÓN: _____ Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio
Fecha: _____ Día Mes Año Localidad Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

8. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: SI ☐ NO ☐ ? ☐

EXPOSICIÓN A SANGRE SI ☐ NO ☒ ? ☐ SECRECIONES: _____ FECHA DE EXPOSICIÓN: _____ Día Mes Año
RESULTADO DE PRUEBA BASAL: _____ Especifique: _____ FECHA DE SEROCONVERSIÓN A VIH: _____ Día Mes Año
RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS: SI ☐ NO ☐ ? ☐ FECHA: _____ Día Mes Año Cuántas horas después de la exposición: _____ Duración de la quimioprofilaxis: _____ días.

9. SOSPECHA DE TRANSMISIÓN VERTICAL: SI ☐ NO ☒ ? ☐ (Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)

IV

SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASOS CON SOSPECHA DE TRANSMISIÓN VERTICAL: ¿LA MADRE TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

	SI	NO	?
1. INFECCIÓN POR VIH			
2. FALLECIDA POR SIDA			
3. TRABAJADORA SEXUAL			
4. RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES			
5. TRANSFUNDIDA DESPUÉS DE 1980			
6. RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS TRANSFUNDIDAS			
7. USUARIA DE DROGAS INYECTABLES			
8. RELACIONES SEXUALES CON USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES			
9. HA RECIBIDO TRASPLANTES DE ORGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL			
10. RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH			
11. SE SABÍA PORTADORA DE VIH ANTES DEL EMBARAZO			
12. ESTABA EN TRATAMIENTO ARV ANTES DEL EMBARAZO			

Si no se sabía portadora de VIH:

13. RECIBIÓ CONSEJERÍA PARA LA DETECCIÓN DE VIH DURANTE EL EMBARAZO: SI ☐ NO ☐ ? ☐

14. RECHAZÓ LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE VIH DURANTE EL EMBARAZO: SI ☐ NO ☐ ? ☐

15. MOMENTO EN QUE SE LE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE VIH: DURANTE EL EMBARAZO ☐ EN EL PARTO ☐ POSTERIOR AL PARTO ☐

16. SEMANA DE GESTACIÓN CUANDO LE DIAGNOSTICARON INFECCIÓN POR VIH: _____

17. SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO CON ARV: _____

18. RECHAZÓ EL TRATAMIENTO CON ARV: SI ☐ NO ☐ ? ☐

19. EL MENOR FUE OBTENIDO POR: PARTO ☐ CESÁREA ☐

20. EL MENOR FUE ALIMENTADO CON LECHE MATERNA: SI ☐ NO ☐ ? ☐

V MECANISMO DE TRANSMISIÓN

1 ☒ SEXUAL ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Heterosexual

2 ☐ TRANSFUSIONAL 3 ☐ DROGAS INYECTABLES 4 ☐ OCUPACIONAL 5 ☐ VERTICAL 6 ☐ DESCONOCIDO

NOTA: ÚNICAMENTE PERSONAL MÉDICO REGISTRARÁ Y MANEJARÁ LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMATO. LA INFORMACIÓN DE VIH / SIDA ES CONFIDENCIAL Y DEBERÁ ENVIARSE EN SOBRE CERRADO.

VI ANTECEDENTES CLÍNICOS

FECHA DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE VIH:

Día Mes Año
21 08 2019

FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO DE SIDA:

08 2019

Estado de Presencia al inicio

FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE SIDA:

Día Mes Año
2 08 2019

INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO:

NOMBRE (Hospital, Clínica, Otros)

INSTITUCIÓN (ESPECIFICAR)

MUNICIPIO

ESTADO

DELGACIÓN INSS O ISSSTE

INFECCIONES

		FECHA DE DIAGNÓSTICO		
		SI	NO	DÍA MES AÑO
CANDIDIASIS:	Oral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08 2019
	Trasmiel, bronquial y/o pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(Orófaríngea)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vulvovaginal > 1 mes o refractaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CITOMEGALOVIRUS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CRYPTOSPORIDIASIS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CRYPTOCOCOSIS EXTRAPULMONAR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEPATITIS:	B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HERPES:	Simplex de más de 1 mes, bronquial o esofágico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ZOSTER recurrente o en dos dermatomas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HISTOPLASMOIS DISEMINADA O EXTRAPULMONAR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INFECCIONES BACTERIANAS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MICOBACTERIOSIS ATÍPICA	Aveum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kansasii	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DRDs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUMONÍA POR P. JIROVECI (P. CARinii)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SEPTICEMIA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BACTEREMIA RECURRENTE POR SALMONELLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TOXOPLASMOSIS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ISOSPORIDIASIS DE MÁS DE 1 MES		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COCCIDIOIDIOSIS DISEMINADA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ESTRONGIOIDIOSIS EXTRAINTestinal		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NEUROLÓGICOS

		FECHA DE DIAGNÓSTICO		
		SI	NO	DÍA MES AÑO
COMPLEJO DEMENCIAL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DISFUNCIÓN MOTORA CENTRAL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MEMORITIS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUROPATÍA PERIFÉRICA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RETINOPATÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TOXOPLASMOSIS, HERPES O CITOMEGALOVIRUS CEREBRAL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NEOPLASIAS

		FECHA DE DIAGNÓSTICO		
		SI	NO	DÍA MES AÑO
SARCOMA DE KAPOSI		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEDAD DE HODGKIN		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LINFOMA NO HODGKIN		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DISPLASIA O CÁNCER CERVICOUTERINO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADENOCARCINOMA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OTRAS

		FECHA DE DIAGNÓSTICO		
		SI	NO	DÍA MES AÑO
ANGIOMATOSIS BACILAR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LEUCOPLACIA PILOSA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDILOMAS GEMEALES		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LINFADENOPATÍA GENERALIZADA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIPERPLASIA PULMONAR LINFÓIDE		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFÓIDE		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUMONÍA Y/O INFECC. RESP. RECURRENTES		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANEMIA, TROMBOCITOPENIA O NEUTROPENIA > 1 MES		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SÍNDROME DE DESGASTE		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PÉRDIDA DE PESO > AL 10% O FALLA PARA CRECER		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIARREA DE MÁS DE 1 MES		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FIEBRE DE MÁS DE 1 MES		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTRAS: (especificar)				
1.-				
2.-				
3.-				

TUBERCULOSIS

TUVO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON TB ACTIVA:

SI ☐ NO ☒ ? ☐

CURP DE LA PERSONA CON TB

TIENE SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE TB ACTIVA:

SI ☒ NO ☐

SE LE HA REALIZADO DETECCIÓN DE TB LATENTE:

SI ☒ NO ☐

FECHA DE LA DETECCIÓN:

08 2019

RESULTADO DE LA DETECCIÓN:

POSITIVO ☐ NEGATIVO ☒

RECIBIÓ TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIAZIDA:

SI ☐ NO ☒

POR CUÁNTO TIEMPO FUE ADMINISTRADA:

Meses DÍA MES AÑO

FECHA DE INICIO DE TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIAZIDA:

SE LE REALIZÓ DETECCIÓN DE TB:

SI ☐ NO ☐

A TRAVÉS DE:

a) Signos clínicos (tos, fiebre, pérdida de peso, dolores nocturnos)

SI ☒ NO ☐

b) Exámenes de laboratorio y/o gabinete

BK ☐ CULTIVO ☐ RX ☒

ES UN CASO DE TUBERCULOSIS:

SI ☐ NO ☐

LOCALIZACIÓN DE LA TB:

PULMONAR ☐ EXTRAPULMONAR ☐

FECHA DE DIAGNÓSTICO:

RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TB:

SI ☐ NO ☒

EMBARAZO

CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO:

ALGUNO DE SUS HIJOS TIENE INFECCIÓN POR VIH:

SI ☐ NO ☐ ? ☐

ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA:

SI ☐ NO ☐ ? ☐

SI ESTÁ EMBARAZADA, NÚMERO DE GESTA:

SEMANA DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH:

RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO:

SI ☐ NO ☐

SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO DE LOS ANTIRRETROVIRALES:

COMPONENTES DEL ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL:

EXISTIÓ RECHAZO AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LA EMBARAZADA:

SI ☐ NO ☐

TIENE CONTROL PRENATAL:

SI ☐ NO ☐

SE LE OFRECIÓ ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO:

SI ☐ NO ☐ ? ☐

CUÁL MÉTODO:

TRATAMIENTO

RECIBE ANTIRRETROVIRALES:

SI ☐ NO ☒ ? ☐

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:

UNIDAD TRATANTE

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

CLAVE DE LA UNIDAD

INSTITUCIÓN

ESTADO

JURISDICCIÓN

MUNICIPIO

LOCALIDAD

VII

ESTADO ACTUAL

AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN, LA PERSONA SE ENCUENTRA:

VIVO ☒

MUERTO ☐

SE IGNORA ☐

FECHA DE LA DEFUNCIÓN:

02 08 2019

No. DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:

190667467

VIII

LABORATORIO

	Reactivo		No reactivo		Indeterminado		Fecha de Toma		Fecha de Resultado	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO		
DETECCIÓN INICIAL:										
ELISA/ELIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 08 19	21 08 19		
Quimioluminiscencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Prueba rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DETECCIÓN REPETIDA:										
ELISA/ELIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 08 19	21 08 19		
Quimioluminiscencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Prueba rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
CONFIRMATORIA:										
Western blot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Western blot para IgA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
CD4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Carga Viral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

IX OBSERVACIONES:



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

FOLIO

190667467

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jesus Adrian Martinez Vargas</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/11/21/1981</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>MAVJ18111207HSPRIS01</u> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. 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: <u>13</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle 2da de Santiago</u> <u>11</u> <u>Colonias</u> <u>Maria Cecilia</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>7181117</u> <u>San Luis Potosi</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2405106890</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 14.3 Nombre de la unidad médica 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.5 Nombre de la unidad médica 14.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>2395</u> <u>Colonias</u> <u>Avenida Venustiano Carranza</u> <u>15</u> <u>Zona Universitaria</u> 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>71821910</u> <u>San Luis Potosi</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12/21/08</u> Día Mes Año <u>12</u> Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. 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 a) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> 5 horas Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Tuberculosis Miliar diseminada</u> 7 meses Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Síndrome de Inmunodeficiencia Aguda</u> 7 meses Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Infección por virus de Inmunodeficiencia Adquirida</u> 7 meses 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	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>Juana Maria Vargas Tojada</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 27. NOMBRE <u>Luis Gerardo Sancedo Solis</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA 29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Avenida Venustiano Carranza 2395</u> 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Zona Universitaria</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad <u>71821910</u> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	