



PROSPEREMOS JUNTOS  
Gobierno del Estado 2015-2021



HOSPITAL CENTRAL  
“DR. IGNACIO  
MORONES PRIETO”

HOJA DE EGRESO  
TRANSFERENCIA Y  
CONTRAREFERENCIA

Fecha:  
22/08/19

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

#### **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 coproparasitoloscópico seriado en 3 con resultado negativo e inició tratamiento a base de bactrim por sospecha de neumonía; es traldo 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 esofago, 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 doble 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, neutrofíos: 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  
(10183045)

JEFE DE LA DIVISIÓN

MÉDICO TRATANTE



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



## ELECTROLITOS SERICOS

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

\*Realizo: ARRM

NOTA:

Fec: 21-AGO-2019 Hora: 10:16

## PROTEINA C REACTIVA

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

\*Realizo: ARRM

Fec: 21-AGO-2019 Hora: 10:16

## HIV Ag/Ab

## VALORES DE REFERENCIA

HIV Ag/Ab : <b>REACTIVO (246.18)</b>	NO REACTIVO < 1.0
	REACTIVO >=1.0

\*Realizo: ADM

Fec: 21-AGO-2019 Hora: 11:51

## PRIMERA MUESTRA.

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

Impreso:  
21-AGO-2019 12:47:47 p.m.

\*blmg

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 

EXP.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Nº AFILIACIÓN:	2405106890		FOLIO:			
	CURP:	rgartm02		NO. DE EXPEDIENTE:	Jesus Adrian		
	NOMBRE:	Vargas	Apellido Paterno	Nombre (s)			
	FECHA DE NACIMIENTO:	09/12/1981	Día Mes Año	ESTADO:	San Luis Potosí	JURISDICCIÓN:	T
	MUNICIPIO:	S. L.P.	de nacimiento	ESTADOCIVIL:			
	OCCUPACIÓN:	NO especificada	(Adulto o menor)	SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		
	RESIDENCIA ACTUAL:	2 <sup>o</sup> de Santiago	Calle	ESCOLARIDAD:	Preparatoria		
	Jurisdicción Sanitaria	Municipio	Localidad	C.P.	Delegación IMSS	Delegación ISSSTE	
	Entre qué calle	y qué calle					
	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)						
Ciudad o Localidad	Estado	País	Meses	ES UNA PERSONA MIGRANTE: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>			
Ciudad o Localidad	Estado	País	Meses	Migrante Nacional <input type="checkbox"/> Migrante E.E. U.U. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
¿HA TENIDO HIJOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> ¿Cuántos?							
II FECHA DE NOTIFICACIÓN: SAN LUIS POTOSÍ UNO SAN LUIS POTOSÍ Clave Unidad Estado / Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad SECRETARIA DE SALUD HOSPITAL CENTRAL "DR IGNACIO MORONES PRIETO" DR FRANCISCO EDGAR CERVANTES DURAN Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) Nombre del Médico Notificador							
III 1.- SEXUALIDAD A. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> B. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MUJERES: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> C. A PARTIR DE 1980 HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS QUE SON: HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> TRABAJADORAS SEXUALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> HEMOFÍLICAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> BISEXUALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> TRABAJADORES SEXUALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> INTERNAS DE CERESO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> HETEROSEXUALES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO/TRANSVESTIT/TRANSEXUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> PORTADORAS DE VIH O SIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> MIGRANTES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> USUARIAS DE DROGAS INYECTABLES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> RECEPTORAS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> D. ES O HA SIDO TRABAJADOR SEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> E. HA RECIBIDO ALGUN PAGO POR TENER RELACIONES SEXUALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> F. HA PAGADO POR TENER RELACIONES SEXUALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> G. ES UNA PERSONA TRANSGÉNERO/TRANSVESTIT/TRANSEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> H. FUE VÍCTIMA DE VIOLACIÓN SEXUAL: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Fecha en que ocurrió <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Fecha de Seroconversión a VIH: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Recibió quimioterapia: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Fecha de Inicio <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Duración de la Quimioterapia: _____ días. 2.- HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVENIL: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> SE LE DIAGNOSTICÓ VIH: ANTES <input type="checkbox"/> DURANTE <input type="checkbox"/> DESPUES DE SU ESTANCIA EN EL CERESO: <input type="checkbox"/> 3.- HA RECIBIDO TRANSFUSIONES: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> No UNIDADES TRANSFUNDIDAS DESPUES DE 1980 UNIDAD 1 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> UNIDAD 2 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 4.- ES UNA PERSONA HEMOFÍLICA: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> 5.- ES UNA PERSONA USUARIA DE DROGAS INYECTABLES: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> 6.- HA DONADO SANGRE: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> 7.- HA RECIBIDO TRANSPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> TIPO DE INTERVENCIÓN Clave Unidad Estado / Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio FECHA <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año Localidad Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) 8.- EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIOS CON VIH: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN A SANGRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> SECRECIOS: _____ FECHA DE EXPOSICIÓN: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año RESULTADO DE PRUEBA BASAL + - ? <input type="checkbox"/> Especifique _____ FECHA DE SEROCONVERSIÓN A VIH: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> Cuántas horas después de la exposición: _____ Duración de la Quimioterapia: _____ días. 9.- SOSPECHA DE TRANSMISIÓN VERTICAL: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASOS CON SOSPECHA DE TRANSMISIÓN VERTICAL: ¿LA MADRE TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? 1. INFECCIÓN POR VIH <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 2. FALLECIDO POR SIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 3. TRABAJADORA SEXUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 4. RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 5. TRANSFUNDIDA DESPUES DE 1980 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 6. RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS TRANSFUNDIDAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 7. USUARIA DE DROGAS INYECTABLES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 8. RELACIONES SEXUALES CON USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 10. RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 11. SE SABIA PORTADORA DE VIH ANTES DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 12. ESTABA EN TRATAMIENTO ARV ANTES DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> Si no se sabía portadora de VIH: 13. RECIBIO CONSEJERIA PARA LA DETECCIÓN DE VIH DURANTE EL EMBARAZO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 14. RECHAZO LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE VIH DURANTE EL EMBARAZO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 15. MOMENTO EN QUE SE LE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE VIH: DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> EN EL PARTO <input type="checkbox"/> POSTERIOR AL PARTO <input type="checkbox"/> 16. SEMANA DE GESTACIÓN CUANDO LE DIAGNÓSTICARON INFECCIÓN POR VIH: _____ 17. SEMANA DE DESTACÓN AL INICIO CON ARV: _____ 18. RECHAZO EL TRATAMIENTO CON ARV: <input type="checkbox"/> PARTE <input type="checkbox"/> CESAREA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 19. EL MENOR FUE OBTENIDO POR: PARTE <input type="checkbox"/> CESAREA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> 20. EL MENOR FUE ALIMENTADO CON LECHE MATERNA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ? <input type="checkbox"/> V MECANISMO DE TRANSMISIÓN 1 <input checked="" type="checkbox"/> SEXUAL <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Heterosexual 2 <input type="checkbox"/> TRANSFUSIONAL <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> DROGAS INYECTABLES <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> VERTICAL <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO							

## **VI ANTECEDENTES CLÍNICOS**

VI ANTECEDENTES CLÍNICOS												
FECHA DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE VIH:				21 08 2019			TUVO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON TB ACTIVA:				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>	
FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO DE SIDA:				08 2019			CURP DE LA PERSONA CON TB				<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Estado de Residencia al inicio				TIENE SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE TB ACTIVA:				Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE SIDA:				2 - 08 2019			SE LE HA REALIZADO DETECCIÓN DE TB LATENTE:				Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO:												
NOTARIO (Hospital, Clínica, Otras)												
INSTITUCIÓN (ESPECIFICAR)												
MUNICIPIO		ESTADO		DELGACIÓN IMSS O ISSSTE		FECHA DE INICIO DE TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA:				Meses		
INFECCIONES	FECHA DE DIAGNÓSTICO											
	SI NO		DÍA		MES		AÑO					
	CANDIDIASIS: Faringea		X		08		2019					
	Transexual, travesti y/o travestismo		X									
	Orofaringeas		X									
	Vaginovaginal > 1 mes o refractaria		X									
	CTIOMEALGORRUS		X									
	CRYPTOSPORIDIOSIS		X									
	CRYPTOCOCCOSIS EXTRAPULMONAR		X									
	HEPATITIS: A		X									
B C		X										
HERPES: SHAPLE de más de 1 mes bronquial o endógeno		X										
ZOSTER recurrente o en dos dermatomas		X										
HISTOPLASMOSIS DISEMINADA O EXTRAPULMONAR		X										
INFECCIONES BACTERIANAS		X										
MICROBACTERIOSIS ATÍPICA: AVUM		X										
(Determinada o extracutánea)		X										
KANSASII		X										
OPRS		X										
NEUMONIA POR P. JIROVECII (P. CARMO)		X										
SEPTICEMIA		X										
BACTERIEMIA RECURRENTE POR SALMONELLA		X										
TOXOPLASMOSIS		X										
ISOSPORIASIS DE MÁS DE 1 MES		X										
COCCIDIOIDOMYCOSIS DISEMINADA		X										
ESTRONGILOIDOSIS EXTRATESTINAL		X										
NEUROLÓGICOS	FECHA DE DIAGNÓSTICO											
	SI NO		DÍA		MES		AÑO					
	COMPLEJO DE MENINGOCELE		X									
	DISFUNCIÓN MOTORA CENTRAL		X									
	LEUOCOENCEfalOPATÍA MULTIFOCAL		X									
	MENINGITIS		X									
	NEUROPATÍA PERIFÉRICA		X									
NEOPLASIAS	RETINOFLA		X									
	TOXOPLASMOSIS, HERPES O CILOMEALGORRUS CEREBRAL		X									
	FECHA DE DIAGNÓSTICO											
	SI NO		DÍA		MES		AÑO					
	SARCOMA DE KAPOSI		X									
LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO		X										
ENFERMEDAD DE HODGKIN		X										
LINFOMA NO HODGKIN		X										
DISPLASIA O CÁNCER CERVICOUTERINO		X										
ADENOCARCINOMA		X										
OTRAS	FECHA DE DIAGNÓSTICO											
	SI NO		DÍA		MES		AÑO					
	ANGIOMATOSIS RACHIAL		X									
	LEUCOPLAQUIA PILOSA		X									
	CONDILOMAS GENITALES		X									
	LINFADENOPATÍA GENERALIZADA		X									
	HIPERPLASIA PULMONAR LINFOIDE		X									
	NEUMONITIS INTESTINAL LINFOIDE		X									
	NEUMONIA Y/O INFEC. RESP. RECURRENTES		X									
	ANEMIA, TRONBOCITOPENIA O NEUTROPEMIA > 1 MES		X									
SÍNDROME DE DESASTRE		X										
PERDIDA DE PESO > AL 10%, O FALLA PARA CRECER		X										
DIARRÉA DE MÁS DE 1 MES		X										
FIEBRE DE MÁS DE 1 MES		X										
SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO		X										
OTRAS: (especifique)		X										
1.-												
2.-												
TUVO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON TB ACTIVA: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
CURP DE LA PERSONA CON TB												
TIENE SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE TB ACTIVA: Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
SE LE HA REALIZADO DETECCIÓN DE TB LATENTE: Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
FECHA DE LA DETECCIÓN: 08 2019 DÍA MES AÑO												
RESULTADO DE LA DETECCIÓN: POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input checked="" type="checkbox"/>												
RECIBIÓ TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA: Sí <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>												
POR CUÁNTO TIEMPO FUE ADMINISTRADA: Meses												
FECHA DE INICIO DE TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA: DÍA MES AÑO												
SE LE REALIZÓ DETECCIÓN DE TB: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
A TRAVÉS DE: a) Signos clínicos (tos, fiebre, pérdida de peso, diarrea nocturna) Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> b) Exámenes de laboratorio y/o gabinete BK <input type="checkbox"/> CULTIVO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/>												
ES UN CASO DE TUBERCULOSIS: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
LOCALIZACIÓN DE LA TB: PULMONAR <input type="checkbox"/> EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/>												
DÍA MES AÑO												
FECHA DE DIAGNÓSTICO:												
RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TB: Sí <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>												
CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
ALGUNO DE SUS HIJOS TIENE INFECCIÓN POR VIH: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
SI ESTÁ EMBARAZADA, NÚMERO DE GESTA: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
SEMANA DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO DE LOS ANTIRRETROVIRALES: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
COMPONENTES DEL ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL:												
EXISTIÓ RECHAZO AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LA EMBARAZADA: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
TIENE CONTROL PRENATAL: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
SI NO ESTÁ EMBARAZADA, SE LE OFRECIÓ ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input checked="" type="checkbox"/>												
CUÁL MÉTODO:												
RECIBE ANTIRRETROVIRALES: Sí <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>												
FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: DÍA MES AÑO												
UNIDAD TRATANTE												
Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Ochos)												
CLAVE DE LA UNIDAD												
INSTITUCIÓN												
ESTADO												
JURISDICCIÓN												
MUNICIPIO												
LOCALIDAD												
VII												
AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN, LA PERSONA SE ENCUENTRA:												
VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input checked="" type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/>												
FECHA DE LA DEFUNCIÓN: 02 08 2019 DÍA MES AÑO												
NO. DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 190667467												
VIII												
DETECCIÓN INICIAL: Reativo <input checked="" type="checkbox"/> No reativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Fecha de Toma 21/08/19 21/08/19 Resultado												
ELISA/EIA <input checked="" type="checkbox"/> Quimoluminiscencia <input type="checkbox"/> Prueba rápida <input type="checkbox"/>												
DD MM AAAA DD MM AAAA												
DETECCIÓN REPETIDA:												
ELISA/EIA <input checked="" type="checkbox"/> Quimoluminiscencia <input type="checkbox"/> Prueba rápida <input type="checkbox"/>												
DD MM AAAA DD MM AAAA												
CONFIRMATORIA:												
Western blot <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Western blot para IgA <input type="checkbox"/>												
CD4 _____ CD4% _____ %												
Carga Viral _____ Copies/ml _____												
LABORATORIO												

#### **IX. OBSERVACIONES:**



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

Modelo 2017.1  
FOLIO

190667467

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DE DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jesús Adrián Martínez</u> Vargas										
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10 7 1981</u>		Día	Mes	Año	3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP <u>MAYJ8111207HSPIRISD</u>		Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>		7. NACIONALIDAD <input type="radio"/> Mexicana <input checked="" type="radio"/> O <sub>1</sub> <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> O <sub>2</sub> →		Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>				
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos						
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				0.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> O <sub>6</sub> <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> O <sub>2</sub> <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> O <sub>5</sub>	En unión libre <input type="radio"/> O <sub>4</sub> <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> O <sub>3</sub> <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> O <sub>1</sub> <input type="radio"/> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>				Especifique	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle <u>Colonia</u> 2 <sup>do</sup> de Santiago		10.2 Nombre de la visita <u>Maria Cecilia</u>				10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		
10.3 Núm. Exterior <u>17811131</u>		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.9 Municipio o delegación				10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
10.7 Código Postal				10.8 Localidad		12. OCUPACIÓN HABITUAL				Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>		
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Preescolar <input type="radio"/> O <sub>12</sub> Primaria <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Secundaria <input type="radio"/> O <sub>5</sub>	Secundaria <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>	Completa <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Incompleta <input type="radio"/> O <sub>2</sub>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> O <sub>1</sub> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>				Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> O <sub>1</sub> ISSSTE <input type="radio"/> O <sub>3</sub> SEDENA <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Seguro Popular <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Otra <input type="radio"/> O <sub>8</sub>	IMSS <input type="radio"/> O <sub>2</sub> PEMEX <input type="radio"/> O <sub>4</sub> SEMAR <input type="radio"/> O <sub>6</sub> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O <sub>10</sub> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>	13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2405106890</u>	14.1 Nombre de la unidad médica				Vía pública <input type="radio"/> O <sub>10</sub> Otro lugar <input type="radio"/> O <sub>12</sub>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> O <sub>1</sub> IMSS <input type="radio"/> O <sub>3</sub> PEMEX <input type="radio"/> O <sub>5</sub> SEMAR <input type="radio"/> O <sub>7</sub>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O <sub>2</sub> ISSSTE <input type="radio"/> O <sub>4</sub> SEDENA <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> O <sub>8</sub>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15.2 Nombre de la vialidad				Hogar <input type="radio"/> O <sub>11</sub> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		2395	Avenida <u>Colonia</u>	Venustiano Carranza	15.6 Nombre del asentamiento humano				15.10 Entidad federativa			
15.3 Núm. Exterior <u>1781219101</u>		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o delegación	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		SI <input type="radio"/> O <sub>1</sub> NO <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	SI <input type="radio"/> O <sub>1</sub> NO <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	SI <input type="radio"/> O <sub>1</sub> NO <input type="radio"/> O <sub>2</sub>	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		12 21 08 12 01 19 11 15 10	Día Mes Año Horas Minutos	19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE								
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		PARTE I				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE						
Parte II		Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente				21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS						
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo						21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> O <sub>1</sub> El parto <input type="radio"/> O <sub>2</sub> El puerperio <input type="radio"/> O <sub>3</sub>	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produsieron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica						43 días a 1 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> O <sub>4</sub>	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> O <sub>5</sub>	SI <input type="radio"/> O <sub>1</sub> NO <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	SI <input type="radio"/> O <sub>1</sub> NO <input type="radio"/> O <sub>2</sub>	Area Industrial <input type="radio"/> O <sub>6</sub> (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Área deportiva <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Granja <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Calle o carretera <input type="radio"/> O <sub>4</sub> (francho o parcela) <input type="radio"/> O <sub>8</sub> Otra <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Se Ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?				Vivienda particular <input type="radio"/> O <sub>0</sub> Vivienda colectiva <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O <sub>2</sub>	Área deportiva <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Calle o carretera <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> O <sub>5</sub>	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 vialidad				22.7.2 Nombre de la vialidad						
22.7.3 Núm. Exterior <u>2274 Núm. Interior</u>		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 Morena</u> Nombre(s)		<u>Vargas</u> Primer Apellido		<u>Tojada</u> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>				
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="radio"/> O <sub>1</sub> Médico legista <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Otro médico <input type="radio"/> O <sub>3</sub>		Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Autoridad civil <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Otro <input type="radio"/> O <sub>6</sub>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>121674</u>				Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE		<u>Luis Gerardo Sánchez Solis</u> Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>				
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida Venustiano Carranza 2395</u>				29.2 Nombre de la vialidad <u>Zona Universitaria</u>				29.3 Núm. Exterior <u>17181219101</u> 29.4 Núm. Interior		
Zona Universitaria		29.5 Tipo de asentamiento humano								29.6 Nombre del asentamiento humano		
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal				29.8 Localidad				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		