



Resumen Clínico de Mortalidad

Ficha de identificación

NOMBRE: MARTINEZ HERNADEZ MAURILIA
 AFILIACION: F1927SS
 UMF ADSC: HR 44 ZACATIPAN IMSS BIENESTAR
 DOMICILIO: CALLE PRINCIPAL 24 , LOCALIDAD LAS PALOMAS ,TAMAZUNCHALE
 DIAGNÓSTICO: NEUMONIA POR SARS-COV-2
 CERTIFICADO No: 212251298
 LUGAR DE LA DEFUNCIÓN: Carretera San Martin Km 3, Zacatipan, Tamazunchale, S.L.P.
 DIAGNÓSTICOS DE DEFUNCIÓN:

Parte I.	a)	NEUMONIA POR SARS-COV-2	9 días
	b)		
	c)		
Parte II.	a)	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	3 AÑOS
	b)		

HORA DE DEFUNCIÓN: 10:25horas
 FECHA DE DEFUNCIÓN: 03.09.2021
 CERTIFICANTE: Dr. OCTAVIO MIGUEL FAZ NAVARRETE
 CÉDULA: 7815063
 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: interrogados y negados
 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS: hipertensión arterial de 3 años de evolución.

FECHA	EVOLUCION CLINICA
30.08.2021 08:30Hrs	NOTA MEDICA Se trata de paciente femenino de 92 años que acude a servicio de triage respiratorio por presentar fiebre, cefalea , Rinorrea , tos seca disnea, se realiza prueba rápida Covid 19 con resultado positivo , no se toma muestra pcr , se decide su ingreso a hospitalización . Se da manejo en medio hospitalario sin buena evolución clínica durante 9 días, por complicaciones del padecimiento.
03.09.2021 10:25 hrs	FECHA DE EGRESO : 03.09.2021 Dx Egreso x defunción NEUMONIA POR SARS-COV-2
CONCLUSION	Ingresa caso plataforma SINOLAVE folio , no se toma muestra RT PCR , se rectifican los diagnósticos emitidos en formato oficial llenado por Medico certificante en su momento en el siguiente orden, considerando la sintomatología presente a su ingreso a esta Unidad Hospitalaria y reportes de laboratorio realizados durante su atención: Parte I A) Neumonía por SARS-COV-2 respiratorio 9 DIAS B) HIPERTESION ARTERIAL SISTEMICA 3 AÑOS

Elaboro:
 Dra. Patricia Cárdenas Moreno
 Coord. Vig Epidemiológica
 Matrícula 11536586





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO
212251298

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. 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

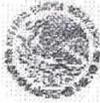
1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Marcelino</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>16</u> Mes <u>01</u> Año <u>1978</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosi</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <u>MTHM381016MSPRR2203</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique		
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: <u>092</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> _9		
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> _6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> _2 Casado(a) <input type="radio"/> _5 En unión libre <input type="radio"/> _4 Divorciado(a) <input type="radio"/> _3 Soltero(a) <input type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle Principal</u> 24 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad		
10.3 Núm. Exterior <u>79960</u> 10.4 Núm. Interior <u>Las Palomas</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input checked="" type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> _2
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ara de Caca</u> Se ignora <input type="radio"/> _99		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _3 SEDENA <input type="radio"/> _5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> _7 Otra <input type="radio"/> _8 IMSS <input checked="" type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99		
13.1 Número de seguridad social o afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _3 PEMEX <input type="radio"/> _5 SEMAR <input type="radio"/> _7 IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _6 Otra unidad pública <input type="radio"/> _8 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9 <u>HR 44 Zacatitan</u> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _11 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Carretera a San Martín Km 3</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <u>Zacatitan</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>03</u> Mes <u>12</u> Año <u>2021</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>25</u>		
17. ¿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		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2

DE LA DEFUNCIÓN

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>COVID</u> Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>9 días</u>	Uso exclusivo de personal codificador Código CIE
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de)			
c) Debido a (o como consecuencia de)			
d) 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 morbozo que la produjo <u>Hipertensión Arterial Sistólica</u>		<u>3 años</u>	

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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"/> _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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2	Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> _1 Homicidio <input type="radio"/> _2 Suicidio <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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 servicio <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		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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		22.8 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 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		
22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Nombre del asentamiento humano		



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Atención Primaria a la Salud
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Div. Lab. Vigilancia e Investigación Epidemiológica
Centro de Investigación Biomédica de Zacatecas-
UIBMZ



Impresión: 20/09/2021

REPORTE DE RESULTADOS

Para : NAVA ALONZO MARÍA VIRGINIA
P R E S E N T E

ASUNTO: ENSAYO DIAGNÓSTICO PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL

Por medio de la presente emito a usted el siguiente resultado de una muestra procesada para el diagnóstico de ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL en el CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA DE ZACATECAS.

NOMBRE DEL PACIENTE	MARTINEZ HERNANDEZ MAURILIA
EDAD	93 Años
ESTADO	SD
DELEGACIÓN	IMSS BIENESTAR
UNIDAD	HOSPITAL RURAL ZACATIPAN
TIPO DE MUESTRA	EXUDADO FARINGEO/NASOFARINGEO
FOLIO INTERNO	202101016508
FECHA DE RECEPCION	04/09/2021

ENSAYO(S)	MARCA DEL KIT	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO
RT-qPCR SARS-CoV-2	LOGIX SMART	POSITIVO	04/09/2021

OBSERVACIONES:

El reporte de resultado se refiere exclusivamente a la muestra probada.

Dr. José Antonio Enciso Moreno
Jefe de Unidad de Investigación
Cédula Profesional: 1057670

CLAVE:

FE: JUNIO 2017

V: 01

Interior de la Alameda No. 45, Col. Centro, C.P. 98000 Zacatecas, Zacatecas. Tél. 014929226019. jose.enciso@imss.gob.mx

La información contenida en este reporte es confidencial y privada, está protegida por secreto profesional, de acuerdo a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, artículo 113, publicada en el DOF el 9 de mayo de 2016. Este reporte no podrá ser reproducido en forma total o parcial sin la autorización previa de la Coordinación de