



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 DEFUNCION: 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

Matricula 11536586

Dirección OOAD, Teléfono



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

FOLIO

212251298

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES 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

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 SUS PARTICULARES

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Mauricio</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Fernandez</u> | | | |
| | 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>6</u> / <u>10</u> / <u>1928</u> Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | |
| | 5. CURP <u>MAHM281016MSPRR22OB</u> Se ignora <input type="radio"/> | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <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(la) fallecido(a) <u>Calle Principal</u> <u>24</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad | | | |
| 10.3 Núm. Exterior <u>79960</u> 10.7 Código Postal <u>Las Palomas</u> | | 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tanzurchole</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> | | |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input 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 checked="" type="radio"/> | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Año de casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>H244 Zocotitlan</u> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | | | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Carretera a San Martín En B</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad | | | | |
| 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Zocotitlan</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Tanzurchole</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> | | | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>03042021</u> <u>1025</u> Día Mes Año Horas Minutos | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <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 <u>COVID</u> a) 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 b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Hipertension Arterial Sistémica</u> | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>9 días</u> Uso exclusivo del personal codificador 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 checked="" type="radio"/> | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <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? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | 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"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 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 |
| SEXO | 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