

ANEXO 8

1. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Folio del certificado de defunción: 150669142

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------|-------|--|
| Nombre del Fallecido: | | JUAN ARMANDO | | ROQUE | | MUNDO | |
| Nombre(s): | | Apellido Paterno: | | Apellido Materno: | | | |
| Sexo: | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino | Institución de Derechohabencia: | | Sin Respuesta | | |
| Edad: | 0 | 0 | 0 | 46 | Desconocido: | | |
| | Horas | Días | Meses | Años | | | |
| Lugar de residencia habitual: | | | | | | | |
| | | Municipio | | Entidad | | | |
| Fecha de la defunción: | | 07 | 04 | 2015 | Oficialia: | | |
| | | Día | Mes | Año | | | |
| Certificada por: | | Médico tratante: | Otro Médico: | Médico Legista: | Otro: | | |
| Nombre del Certificante: | | | | | | | |

2. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

| | Causas | Intervalo | Código CIE-10 | Código CIE-10 de la causa básica |
|---|--------|-----------|----------------|----------------------------------|
| I | a) | | | |
| | b) | | | |
| | c) | | | |
| | d) | | | |
| II | | | | |
| | | | | |
| Causa sujeta a vigilancia epidemiológica: | | VIH SIDA | Código CIE-10: | K76.4 |

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

| La causa sujeta a vigilancia epidemiológica: | | VIH SIDA | | 1-Ratificada | |
|--|--------|---|---------------|----------------------------------|--------------------|
| | Causas | Intervalo | Código CIE-10 | Código CIE-10 de la causa básica | |
| I | a) | INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS | 3 Meses | L08.9 | K76.4 |
| | b) | ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA AGUDIZADA | 1 Años | K76.4 | |
| | c) | SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA | 2 Años | B20 | |
| | d) | | | | |
| II | | | | | |
| | | | | | |
| Fecha de recolección: | | 27 | 04 | 2015 | Inicio de Estudio: |
| | | 22 | 06 | 2015 | Reporte: |
| Fecha de conclusión: | | 22 | 06 | 2015 | |
| Observaciones: | | | | | |
| Nombre del responsable de la investigación: | | DRA CARMEN OCHOA | | | |
| Cargo: | | EPIDEMIOLOGA HGISSSTE | | Firma: | |

4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

| | | | |
|-------------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| Tipo de documento: | Número de paquete: | Núm. Acta: | Folio de captura: |
| Nombre del codificador: | | | |
| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno | Firma |