

**1. DATOS DE LA DEFUNCIÓN**

Folio del certificado de defunción: 15067949

|                               |   |                                   |                                  |                   |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Nombre del Fallecido:         | JOSE FEDERICO REYES                           |                                   |                                  | REYES             |
| Nombre(s):                    | Apellido Paterno:                             |                                   |                                  | Apellido Materno: |
| Sexo:                         | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino | Institución de Derechohabiencia: |                   |
| Edad:                         | 0   | 0                                 | 0                                | 1                 |
|                               | Horas   | Días                              | Meses                            | Años              |
| Lugar de residencia habitual: | Municipio                                     |                                   |                                  | Entidad           |
| Fecha de la defunción:        | 31  | 07                                | 2015                             | Oficialia:        |
|                               | Día   | Mes                               | Año                              |                   |
| Certificada por:              | Médico tratante:                              | Otro Médico:                      | Médico Legista:                  | Otro:             |
| Nombre del Certificador:      |   |                                   |                                  |                   |

**2. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN**

|      | Causas | Intervalo | Código CIE-10 | Código CIE-10<br>de la causa básica |
|------|--------|-----------|---------------|-------------------------------------|
| I a) |        |           |               |                                     |
| b)   |        |           |               |                                     |
| c)   |        |           |               |                                     |
| d)   |        |           |               |                                     |
| II   |        |           |               |                                     |
|      |        |           |               |                                     |

Causa sujeta a vigilancia epidemiológica: IRAS Código CIE-10:

**3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

|      | Causas          | Intervalo | Código CIE-10 | Código CIE-10<br>de la causa básica |
|------|-----------------|-----------|---------------|-------------------------------------|
| I a) | CHOQUE SEPTICO  | 2 Horas   | R572          |                                     |
| b)   | NEUMONIA        | 4 Días    | J189          |                                     |
| c)   | APLASIA MEDULAR | 1 Años    | Q878          |                                     |
| d)   |                 |           |               |                                     |
| II   |                 |           |               |                                     |
|      |                 |           |               |                                     |

Fecha de recolección: 08 12 2015      Inicio de Estudio: 08 12 2015

Fecha de conclusión: 08 12 2015      Reporte: 08 12 2015

Observaciones:

Nombre del responsable de la investigación: DR. JOSÉ LUIS PÉREZ CERVANTES

Cargo: COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA      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             |