



**1. DATOS DE LA DEFUNCIÓN**

Folio del certificado de defunción: 160619282

|                               |   |                                   |  |                   |                   |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|--|-------------------|-------------------|
| Nombre del Fallecido:         | FELIPE  |                                   |  | CAMPOS            | MARTINEZ          |
| Nombre(s):                    |   |                                   |  | Apellido Paterno: | Apellido Materno: |
| Sexo:                         | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino | Institución de Derechohabiencia: Sin Respuesta |                   |                   |
| Edad:                         | 0   | 0                                 | 0  | 90                | Desconocido:      |
|                               | Horas   | Días                              | Meses  | Años              |                   |
| Lugar de residencia habitual: |   |                                   |  | Municipio         | Entidad           |
| Fecha de la defunción:        | 14  | 06                                | 2016   | 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: TUBERCULOSIS PULMONAR Código CIE-10:

**3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

|                       |    | Causas                                 | Intervalo     | Código CIE-10      | Código CIE-10<br>de la causa básica |    |      |
|-----------------------|----|--|---------------|--------------------|-------------------------------------|----|------|
| I                     | a) | DESNUTRICIÓN SEVERA                    | 1 Meses       | E46                |                                     |    |      |
|                       | b) |  |               |                    |                                     |    |      |
|                       | c) |  |               |                    |                                     |    |      |
|                       | d) |  |               |                    |                                     |    |      |
| II                    |    | ENFERMEDAD PULMOAR OBSTRUCTIVA CRONICA |               |                    |                                     |    |      |
|                       |    |  | 7 Desconocido | J449               |                                     |    |      |
| Fecha de recolección: | 29 | 07                                     | 2016          | Inicio de Estudio: | 29                                  | 07 | 2016 |
| Fecha de conclusión:  | 29 | 07                                     | 2016          | Reporte:           | 29                                  | 07 | 2016 |

Observaciones:

Nombre del responsable de la investigación: DR. JOSE LUIS PEREZ 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             |