



Anexo 8

**FORMATO DE RATIFICACION O RECTIFICACION DE DEFUNCION
POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**



1. DATOS DEL FALLECIDO(A)												Folio del certificado de defunción:	200624268			
NOMBRE DEL FALLECIDO ANGELA NOMBRE(S) PEREZ OLIVARES																
SEXO	2	HOMBRE	1	MUJER	2	SE IGNORA	○ 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS	HORAS	DIAS	1 7	0 7	5 1	SE IGNORA ○ 9	
AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD: NINGUNA ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 SEGURO POPULAR ○ 7 OTRA ○ 8 FECHA DE LA DEFUNCION												1 7	0 5	2 0	AÑO	
IMSS PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS OPORTUNIDADES ○ 10 SE IGNORA ○ 99												1 7	0 5	2 0	AÑO	
ESCOLARIDAD NINGUNA ○ 1 INCOMPLETA ○ 2 PRIMARIA SECUNDARIA INCOMPLETA 4 BACHILLERATO O PREPARATORIA ○ 11 PROFESIONAL ○ 7 SE IGNORA ○ 99																
PRE-ESCOLAR ○ 12 COMPLETA ○ 3 SECUNDARIA COMPLETA ○ 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA ○ 6 POSGRADO ○ 10																
OCCUPACION HABITUAL OPERARIA												○ 99	CERTIFICADA POR MEDICO TRATANTE	MEDICO LEGISTA ○ 2	OTRO MEDICO ○ 3	PERSONAL AUTORIZADO POR SS ○ 4
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL LEIBINITZ # 210 COL. PROGRESO; SLP MUNICIPIO												SAN LUIS POTOSI ENTIDAD FEDERATIVA				
LUGAR DE DONDE OCURRIO LA DEFUNCION HGZ # 1 SLP MUNICIPIO												SAN LUIS POTOSI ENTIDAD FEDERATIVA				
NOMBRE DEL CERTIFICANTE DR. MORALES DELGADILLO GERARDO																
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN												INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA		
I a) NEUMONIA POR COVID 19												3 DIAS				
b) SINDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE												12 HORAS				
c)																
d)																
II																
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NEUMONIA POR COVID 19												CODIGO CIE				
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA												RATIFICA	RECTIFICA			
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NEUMONIA POR COVID 19												XXXX	○	○		
I a) SINDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE												INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA		
b) NEUMONIA POR COVID 19												12 HORAS				
c)												9 DIAS				
d)																
II																
USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR																
FECHA DE LA RECOLECCION 1 7 0 5 2 0												FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO 1 7 0 5 2 0	FECHA DE LA CONCLUSION 1 8 0 5 2 0			
D D M M A A												D D M M A A	D D M M A A			
REPORTE A INEGI / SS 1 7 0 5 2 0																
D D M M A A																
OBSERVACIONES SE REACOMODA LAS CAUSAS DE DEFUNCION																
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION GENOVEVA HURTADO																
NOMBRE NOBRE PATERNO																
DEL A TORRE MATERNO																
CARGO MEDICO EPIDEMIOLOGO HGZ No. 1, SAN LUIS POTOSI FIRMA																
4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)																
TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚM. DE PAQUETE: _____ NÚM. DE ACTA: _____												FOLIO DE CAPTURA: _____				
NOMBRE DEL CODIFICADOR _____																
NOMBRE PATERNO _____																
MATERO NO _____																
FIRMA _____																