

Anexo 8

SECRETARIA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA
FORMATO DE RATIFICACION O RECTIFICACION DE DEFUNCION
POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION		Folio del certificado de defunción:	
1. DATOS DEL FALLECIDO(A)		200628796	
NOMBRE DEL FALLECIDO		BERNABE RAMIREZ ROSALES	
SEXO		PATERNO MATERNO	
HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> 1 MUJER <input type="checkbox"/> 2 SE IGNORA <input type="radio"/> 9		EDAD CUMPLIDA	
AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:		FECHA DE LA DEFUNCION	
NINGUNA <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEGURO POPULAR <input type="radio"/> 7 OTRA <input type="radio"/> 8		DIA MES AÑO	
IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS OPORTUNIDADES <input type="radio"/> 10 SE IGNORA <input type="radio"/> 99		0 1 0 9 2 0 2 0	
ESCOLARIDAD		SE IGNORA <input type="radio"/> 99	
NINGUNA <input type="radio"/> 1 PRIMARIA INCOMPLETA <input type="radio"/> 2 SECUNDARIA INCOMPLETA <input type="radio"/> 4 BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="radio"/> 11 PROFESIONAL <input type="radio"/> 7		SE IGNORA <input type="radio"/> 99	
PRE-ESCOLAR <input type="radio"/> 12 PRIMARIA COMPLETA <input checked="" type="radio"/> 3 SECUNDARIA COMPLETA <input type="radio"/> 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="radio"/> 6 POSGRADO <input type="radio"/> 10			
OCUPACION HABITUAL		MEDICO TRATANTE <input checked="" type="checkbox"/> 1 MEDICO LEGISTA <input type="radio"/> 2 OTRO MEDICO <input type="radio"/> 3 PERSONAL AUTORIZADO POR SS <input type="radio"/> 4	
PENSIONADO		CERTIFICADA POR AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 5 OTRO <input type="radio"/> 8	
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		SAN LUIS POTOSI	
LUGAR DE DONDE OCURRIO LA DEFUNCION		ENTIDAD FEDERATIVA	
SAN LUIS POTOSI		SAN LUIS POTOSI	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
NOMBRE DEL CERTIFICANTE		VICTOR MANUEL TORRES CHAVEZ	
2. CAUSAS DE DEFUNCION		INTERVALO CODIGO CIE CAUSA BASICA	
I		DIAS	
NEUMONIA ATIPICA			
PROBABLE COVID 19			
II			
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		COVID 19	
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA		RATIFICA RECTIFICA	
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		COVID 19	
I		INTERVALO CODIGO CIE CAUSA BASICA	
NEUMONIA ATIPICA		DIAS	
ENFERMEDAD POR COVID 19		DIAS	
II			
FECHA DE LA RECOLECCION		FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	
0 5 1 0 2 0		0 5 1 0 2 0	
D D M M A A		D D M M A A	
FECHA DE LA CONCLUSION		0 5 0 9 2 0	
D D M M A A			
REPORTE A INEGI / SS			
D D M M A A			
OBSERVACIONES		SARS-COV 2	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION		HURTADO DE LA TORRE GENOVEVA	
NOMBRE PATERNO MATERNO			
CARGO		EPIDEMIOLOGA FIRMA	
4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)			
TIPO DE DOCUMENTO:		NÚM. DE PAQUETE: NÚM. DE ACTA FOLIO DE CAPTURA	
NOMBRE DEL CODIFICADOR		NOMBRE PATERNO MATERNO FIRMA	