

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