

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	1. DATOS DEL FALLECIDO(A)													
	NOMBRE DEL FALLECIDO					SELSO NOMBRE(S)		ORTIZ PATERNO			VALDES MATERNO			
	SEXO	1 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"/> 0 9 6 AÑOS	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9
	AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:													
	NINGUNA <input type="checkbox"/> X 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 5	SEGURO POPULAR <input type="checkbox"/> 7	OTRA <input type="checkbox"/> 8	FECHA DE LA DEFUNCIÓN								
	IMSS <input type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 6	IMSS OPORTUNIDADES <input type="checkbox"/> 10	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 0 5 DIA	<input type="checkbox"/> 0 2 MES	<input type="checkbox"/> 2 0 2 1 AÑO						
	ESCOLARIDAD	NINGUNA <input type="checkbox"/> 1	INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 2	PRIMARIA <input type="checkbox"/> 1	SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 4	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 11	PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 99						
	PRE-ESCOLAR <input type="checkbox"/> 12	PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 5	SECUNDARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 5	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 6	POSGRADO <input type="checkbox"/> 10								
	OCCUPACIÓN HABITUAL	AGRICULTOR				<input type="checkbox"/> 99	CERTIFICADA POR	MÉDICO TRATANTE <input type="checkbox"/> 1	MÉDICO LEGISTA <input type="checkbox"/> 2	OTRO <input type="checkbox"/> 3	PERSONAL AUTORIZADO <input type="checkbox"/> 4			
	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL	HIDALGO No. 100, CANADA GRANDE, VENADO MUNICIPIO						AUTORIDAD CIVIL <input type="checkbox"/> 5	OTRO <input type="checkbox"/> 8					
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	CHARCAS MUNICIPIO													
NOMBRE DEL CERTIFICANTE	ROGELIO IPÍÑA LIÑÁN													
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN														
I	a) <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA					INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA						
b) <input type="checkbox"/> NEUMONIA					4 HORAS	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
c) <input type="checkbox"/> PROBABLE SARS COV-2					20 DÍAS	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
d) <input type="checkbox"/> II	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA				20 DÍAS	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
	ANEMIA GRADO III				1 AÑO	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
					4 MESES	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID-19						CÓDIGO CIE							
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA														
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA COVID-19														
RATIFICA RECTIFICA														
I														
a) <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA					INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA							
b) <input type="checkbox"/> NEUMONIA					4 HORAS	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
c) <input type="checkbox"/> INFECCIÓN POR SARS COV-2					20 DÍAS	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
d) <input type="checkbox"/> II	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA				20 DÍAS	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
	ANEMIA GRADO III				1 AÑO	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
					4 MESES	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 0 0 0 0 0 0							
FECHA DE LA RECOLECCIÓN	<input type="checkbox"/> 0 5 0 2 2 1	D D M M A A	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	<input type="checkbox"/> 0 5 0 2 2 1	D D M M A A	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	<input type="checkbox"/> 1 2 0 2 2 1	D D M M A A						
REPORTE A INEGI / SS	<input type="checkbox"/> D D M M A A													
OBSERVACIONES														
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN	ROGELIO NOMBRE				IPÍÑA PATERNO				LIÑÁN MATERNO					
CARGO	COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN HOSPITAL RURAL NO. 15 IMSS BIENESTAR				FIRMA									
4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)														
DATOS DEL INEGI	TIPO DE DOCUMENTO			NÚM. DE PAQUETE:			NÚM. DE ACTA			FOLIO DE CAPTURA				
	NOMBRE DEL CODIFICADOR			NOMBRE			PATERNO			MATERNO				