



41806500157  
1M196SSF

**SECRETARÍA DE SALUD SINBA  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 453**

Modelo 2017.1  
**FOLIO**

212250088

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

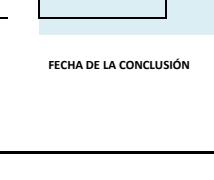
**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA  
INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD**



## Anexo 8

**FORMATO DE RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN  
POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**



1. DATOS DEL FALLECIDO(A)										Folio del certificado de defunción:	212250088									
NOMBRE DEL FALLECIDO					JUAN MANUEL					LANDA		CABRERA								
					NOMBRE(S)					PATERNO		MATERNO								
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> 1	HOMBRE	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"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9					
AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:										FECHA DE LA DEFUNCION										
NINGUNA <input type="checkbox"/> 1		ISSSTE <input type="checkbox"/> 3		SEDENA <input type="checkbox"/> 5		SEGRO POPULAR <input type="checkbox"/> 7		OTRA <input type="checkbox"/> 8		<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 2021								
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		<input type="checkbox"/> DIA	<input type="checkbox"/> MES	<input type="checkbox"/> AÑO								
ESCOLARIDAD										OCCUPACION HABITUAL										
NINGUNA <input type="checkbox"/> 1		PRIMARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 2		SECUNDARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 4		BACHILLERATO O PREPARATORIA INCOMPLETA <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		BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA <input checked="" type="checkbox"/> 6		POSGRADO <input type="checkbox"/> 10												
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL										LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION										
CIUDAD VALLES										SAN LUIS POTOSÍ										
MUNICIPIO										ENTIDAD FEDERATIVA										
SAN LUIS POTOSÍ										SAN LUIS POTOSÍ										
MUNICIPIO										ENTIDAD FEDERATIVA										
NOMBRE DEL CERTIFICANTE										MARCO ANTONIO LOREDO LOPEZ										
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN										INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA								
I										48 HORAS	J960	U07.1								
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA																				
COVID - 19										12 DÍAS	U07.1									
II										10 AÑOS	1159									
HIPERTENSION SECUNDARIA																				
OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO										1 AÑO	K746									
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA										COVID - 19		U07.1								
										CODIGO CIE										
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA										RATIFICA	RECTIFICA									
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA										COVID - 19										
I										INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA								
a)	SEPTICEMIA									1 DÍAS	A41.9	U07.1								
b)	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO									2 DÍAS	J80X									
c)	NEUMONIA VIRAL									3 DÍAS	J19.2	USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR								
d)	COVID - 19									13 DÍAS	U07.1									
II																				
FECHA DE LA RECOLECCION										23	8	2021	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	27	8	2021	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	27	8	2021
										D	D	M	M	A	D	D	M	M	A	A
REPORTE A INEGI / SS										23	8	2021	27	8	2021	27	8	2021		
										D	D	M	M	A	D	D	M	M	A	A
OBSERVACIONES:																				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION										DR. RICARDO ROBERTO		GARCIA		LARA						
										NOMBRE		PATERNO		MATERNO						
CARGO										MEDICO EPIDEMIOLOGO HGZ 6		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						