



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:			212251705	
NOMBRE DEL FALLECIDO					ALBERTA			MARTINEZ			BANDA			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> HOMBRE 1 MUJER 2					SE IGNORA <input type="radio"/> 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS	HORAS	DIAS	MESES	AÑOS	SE IGNORA <input type="radio"/> 9		
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	31	8	2021					
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	DIA	MES	AÑO					
ESCOLARIDAD										PERSONAL AUTORIZADO POR SS				
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 checked="" type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 5	BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 6	POSGRADO <input type="checkbox"/> 10								
OCCUPACION HABITUAL										CERTIFICADA POR	MEDICO TRATANTE <input type="radio"/> 1 MEDICO LEGISTA <input type="radio"/> 2	OTRO MEDICO <input checked="" type="checkbox"/> PERSONAL AUTORIZADO POR SS <input type="radio"/> 4		
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL										AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 5	OTRO <input type="radio"/> 8			
TAMBACA MUNICIPIO										SAN LUIS POTOSI ENTIDAD FEDERATIVA <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4				
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION										SAN LUIS POTOSI ENTIDAD FEDERATIVA <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4				
NOMBRE DEL CERTIFICANTE										JULIO CESAR CORTES MARTINEZ				
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN										INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA		
I										INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	2 DÍAS	U07.1		
										NEUMONIA VIRAL				
										COVID - 19				
II										HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	17 AÑOS			
										OBESIDAD	33 AÑOS			
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA										COVID - 19	U07.1			
											CODIGO CIE			
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA										RATIFICA <input checked="" type="checkbox"/>	RECTIFICA <input type="checkbox"/>			
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA										COVID - 19				
I										INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA		
a)	SEPTICEMIA									4 DÍAS	A41.9	U07.1		
b)	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO									10 DÍAS	J80X			
c)	NEUMONIA VIRAL									11 DÍAS	J19.2	USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR		
d)	COVID - 19									16 DÍAS	U07.1			
II										HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	17 AÑOS	I10X		
										OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	33 AÑOS	E66.9		
FECHA DE LA RECOLECCION										31 8 2021	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	1 9 2021	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	1 9 2021
										D D M M A A	D D M M A A	D D M M A A		
REPORTO A INEGI / SS														
										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		