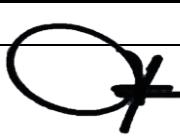


1. DATOS DEL FALLECIDO(A)												Folio del certificado de defunción: 212718441					
NOMBRE DEL FALLECIDO RAYMUNDO NOMBRE(S) ORTA ORTA PATERNO MATERO																	
SEXO	1	HOMBRE	1	MUJER	2	SE IGNORA	<input type="radio"/> 9	EDAD CUMPLIDA	8 1	MINUTOS	HORAS	DIAS	MESES	AÑOS	SE IGNORA <input type="radio"/> 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		1	1	2022	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								
ESCOLARIDAD	NINGUNA	<input type="checkbox"/> 1	PRIMARIA	<input checked="" type="checkbox"/> 2	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	<input type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> 5	BACHILLERATO O PREPARATORIA	<input type="checkbox"/> 6	POSGRADO	<input type="checkbox"/> 10								
OCCUPACION HABITUAL	NINGUNA						<input type="radio"/> 99	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	TANCANHUITZ				0 1 2			AUTORIDAD CIVIL	<input type="radio"/> 5	OTRO	<input type="radio"/> 8						
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION	CIUDAD VALLES				0 1 3			ENTIDAD FEDERATIVA	SAN LUIS POTOSÍ				0 2 4				
NOMBRE DEL CERTIFICANTE	MARLEN MARTINEZ DEL ANGEL																
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN													INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA		
I	SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA ORIGEN INFECTIVO, CON FALLA ORGANICA												48 HORAS		U071		
	NEUMONIA VIRAL, NO ESPECIFICADA												3 SEMANAS				
	COVID-19												3 SEMANAS				
II	HIPERTENSION ESENCEIAL (PRIMARIA)												AÑOS				
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID-19												U071	CODIGO CIE			

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA												RATIFICA	RECTIFICA			
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA COVID-19												<input checked="" type="checkbox"/>				
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID-19												INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA	
I	a)	SEPTICEMIA												2 DÍAS	A41.9	U07.1
b)	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO												5 DÍAS	J80.X		
c)	NEUMONIA VIRAL POR COVID-19												8 DÍAS	J12.9, U07.1	USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR	
d)																
II		HIPERTENSION ESENCEIAL (PRIMARIA)												10 AÑOS	I10X	
		OBESIDAD, NO ESPECIFICADA												20 AÑOS	E66.9	
FECHA DE LA RECOLECCION	3 1 2022	D D M M A A	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	3 1 2022	D D M M A A	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	3 1 2022	D D M M A A								
REPORTE A INEGI / SS																
OBSERVACIONES:																
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION	DR. RICARDO ROBERTO GARCIA													LARA		
CARGO	MEDICO EPIDEMIOLOGO HGZ 6												FIRMA	MATERO		

4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)												
TIPO DE DOCUMENTO:	NÚM. DE PAQUETE:			NÚM. DE ACTA			FOLIO DE CAPTURA					
NOMBRE DEL CODIFICADOR	NOMBRE			PATERNO			MATERO			FIRMA		



LABORATORIO DE SANATORIO METROPOLITANO

ANÁLISIS CLÍNICOS, QUÍMICOS Y BACTERIOLÓGICOS



PACIENTE: RAYMUNDO ORTA ORTA
SEXO: MASCULINO
DOCTOR: DANIEL CORONA REYNAGA
REPORTO: BQ. SARAHÍ BALLEZA RAMOS

FECHA: 26/12/2021
HORA: 12:20

DETECCIÓN DEL ANTÍGENO ESPECÍFICO DEL VIRUS SARS COV-2

RESULTADO:	RESULTADO:	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO:	<u>POSITIVO</u>	NEGATIVO

***NOTA: ESTA PRUEBA IDENTIFICA LA INFECCIÓN ACTUAL DURANTE LA FASE AGUDA DE COVID-19
Y NO SUSTITUYE LA UTILIDAD Y USO DE LAS PRUEBAS MOLECULARES (RT- PCR)***