

DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA Y UR GENCIAS EPIDEMIOLOGICAS

**AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCION  
POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA**

CEDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR

FOLIO 1 5 0 6 7 1 5 4 7

**I IDENTIFICACION**

ESTADO: SAN LUIS POTOSI 2 4  
JURISDICCION SANITARIA: III DELEGACION: ZONA:  
FECHA DE LA APLICACIÓN: ### REALIZADA POR: EN. ANGELICA NIETO MONCDA

**II DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION;(COPIARLOS)**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: LUIS ANGEL ZACARIAS ROCHA  
DOMICILIO: ARANDA # 70 EL CALVARIO  
CALLE NUMERO COLONIA SECCION O BARRIO

1. LOCALIDAD:  
2. MUNICIPIO: VILLA DE REYES

3. EDAD 0 1 9 AÑO MESES DIAS FECHA DE NACIMIENTO: 1 3 0 3 0 2 AÑO MESE DIA 4. DERECHO HABIENCIA  
(IMSS,ISSSTE,OTROS,NINGUNA,SE IGNORA)

5. SEXO 1 1.-MASCULINO 2.-FEMENINO 6. FECHA DE LA MUERTE: 1 5 0 1 0 5 AÑO MES DIA 1 2 3 5 HORA MIN.

7. CAUSAS DE LA MUERTE REGISTRADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCION.

PARTE I

A BRONCOASPIRACION  
B BRONQUITIS  
C

PARTE II

**III INSTRUCTIVO PARA EL ENTREVISTADOR**

BUENOS DIAS (TARDES). MI NOMBRE ES(INDIQUE SU NOMBRE) Y TRABAJO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ESTAMOS REALIZANDO ENTREVISTAS PARA CONOCER MAS SOBRE LOS NIÑOS QUE HAN MUERTO EN NUESTRO PAIS, CON EL FIN DE EVITAR QUE OTROS NIÑOS LES PASE LO MISMO.

SABEMOS QUE EN ESTA CASA MURIO HACE ALGUN TIEMPO UN NIÑO, POR LO QUE LE SOLICITO SU COOPERACION PARA QUE CONTESTE ALGUNAS PREGUNTAS. LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONE SERA CONFIDENCIAL Y DE MUCHA UTILIDAD PARA SALVAR A OTROS NIÑOS.(PREGUNTE AL ENTREVISTADO SI ACEPTA PARTICIPAR Y EN CASO DE HACERLO INICIE CON LA PREGUNTA 9)

8. SI NO REALIZO ENTREVISTA, ANOTE EL MOTIVO:

(DE POR TEMINADA LA ENTREVISTA Y DE LAS GRACIAS)