

*CORRECTO LLENANDO DEL ANEXO 8
(RATIFICACION O RECTIFICACIÓN) DE
CAUSA SUJETAS A VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA*

REDVE

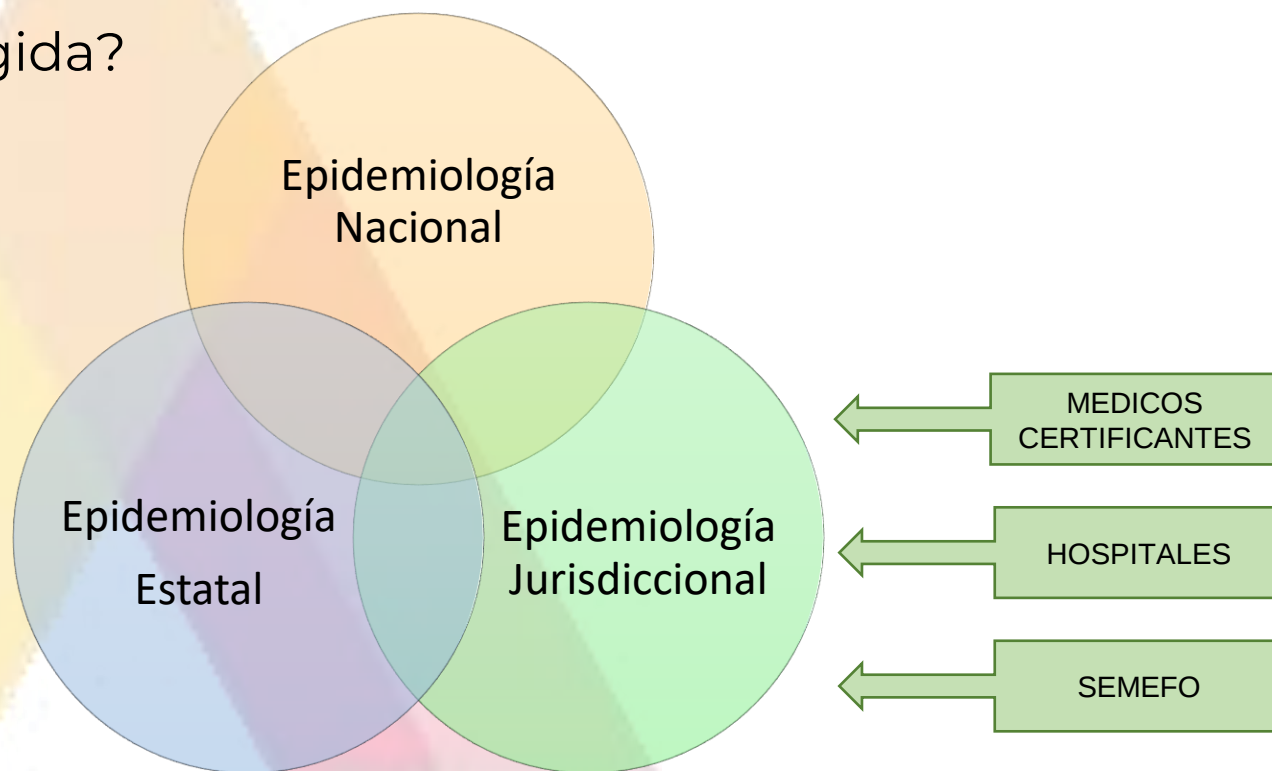
Registro Electrónico de Defunciones Sujetas a Vigilancia Epidemiológica 2023

REDVE

¿Para qué sirve?

Es la plataforma virtual que nos permite reportar la información de las ratificaciones y rectificaciones de defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica.

¿A quiénes está dirigida?



En México la fuente primaria de la información para la mortalidad son: Certificados de Defunción y los certificados de Muerte Fetal.

Siendo el INEGI el que publica las cifras oficiales anualmente.

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 140000001

SECRETARÍA DE SALUD

1. NOMBRE DEL FALLECIDO (Apellido paterno, Apellido materno, Nombres)

2. CURP

3. SEXO Masculino ☐ Femenino ☐

4. NACIONALIDAD Mexicana ☐ Otra ☐

5. FECHA DE NACIMIENTO

6. PESO

7. TALLA

8. ESTADO CIVIL

9. RESIDENCIA HABITUAL

10. OCUPACIÓN HABITUAL

11. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

12. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

13. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL

14. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

15. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

16. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

17. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

18. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

19. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

20. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

21. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

22. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

23. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

24. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

25. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

26. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

27. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

28. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

29. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

30. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

31. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

32. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

33. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

34. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

35. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

36. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

37. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

38. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

39. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

40. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

41. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

42. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

43. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

44. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

45. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

46. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

47. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

48. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

49. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

50. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

51. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

52. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

53. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

54. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

55. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

56. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

57. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

58. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

59. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

60. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

61. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

62. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

63. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

64. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

65. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

66. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

67. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

68. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

69. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

70. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

71. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

72. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

73. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

74. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

75. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

76. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

77. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

78. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

79. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

80. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

81. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

82. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

83. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

84. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

85. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

86. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

87. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

88. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

89. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

90. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

91. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

92. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

93. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

94. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

95. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

96. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

97. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

98. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

99. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA LESIÓN

100. SI LA DEFUNCIÓN FUE POR UNA ENFERMEDAD

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 00000000

SECRETARÍA DE SALUD

1. SEXO Masculino ☐ Femenino ☐

2. ESTADO GESTACIONAL

3. PESO

4. DE UN EMBARAZO

5. RECIBO ATENCIÓN PRENATAL

6. ESTE EMBARAZO FUE

7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ

8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN

9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN

10. LUGAR DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN

11. QUIEN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN

12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE

13. SI SE TRATA DE UN PARTO ESTE FUE

14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

16. CAUSA BÁSICA

17. NOMBRE

18. EDADE

19. ESTADO CIVIL

20. RESIDENCIA HABITUAL

21. ESCOLARIDAD

22. INSTRUCCIÓN DE DERECHOABERENCIA

23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN

24. OCUPACIÓN HABITUAL

25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE FETO

26. DE CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO

27. DATOS DEL INFORMANTE

28. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

29. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

30. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

31. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

32. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

33. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

34. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

35. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

36. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

37. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

38. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

39. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

40. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

41. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

42. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

43. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

44. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

45. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

46. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

47. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

48. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

49. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

50. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

51. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

52. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

53. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

54. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

55. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

56. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

57. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

58. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

59. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

60. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

61. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

62. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

63. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

64. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

65. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

66. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

67. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

68. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

69. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

70. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

71. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

72. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

73. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

74. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

75. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

76. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

77. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

78. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

79. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

80. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

81. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

82. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

83. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

84. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

85. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

86. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

87. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

88. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

89. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

90. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

91. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

92. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

93. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

94. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

95. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

96. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

97. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

98. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

99. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

100. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO

Para realizar la Vigilancia Epidemiológica de Causas sujetas a ratificación o rectificación

526

CIE- 10- 4 Dígitos



ENFERMEDADES
DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA
(Anexo 4)

201

ENFERMEDADES EMERGENTES Y
REEMERGENTES (Anexo 5)

89

EDAS E IRAS EN MENORES DE CINCO AÑOS
(Anexo 5A)

170

ENFERMEDADES DE VIGILANCIA
INTERNACIONAL (Anexo 6)

66

COVID-19

"Viruela Símica"

ANEXOS 4, 5, 5ª Y 6
MANUAL

APENDICE "B" NOM-017

MUERTES MATERNAS

**Objetos de
Vigilancia de
la Mortalidad
SEED**
Epidemiológico

Elementos para Ratificar o Rectificar



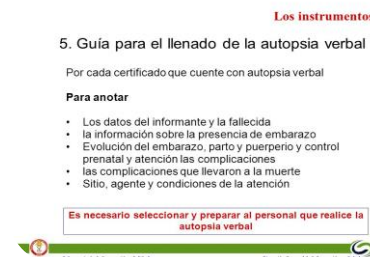
**Dictaminaciones
por un comité
de Expertos**



Historial Clínico



**Resultados por
Laboratorio**



**Autopsias
Verbales**

CONSULTA CON PROGRAMAS ESPECIALES

CONSULTA CON PROGRAMAS DE ACCIÓN

ANEXO 8

- El anexo 8 es el formato para la ratificación / rectificación de aquellos certificados de defunción con causas sujetas a vigilancia epidemiológica.
- Es un documento **resumen** de la investigación epidemiológica.
- El correcto llenado del anexo se debe realizar con base en los lineamientos del correcto llenado del certificado de defunción.

Anexo 8
SECRETARÍA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA
FORMATO DE RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN
POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

INEGI
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA

Folio del certificado de defunción: _____

1. DATOS DEL FALLECIDO(A)

NOMBRE DEL FALLECIDO: _____ NOMBRE(S): _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____

SEXO: HOMBRE ☐ 1 MUJER ☐ 2 SE IGNORA ☐ 9

EDAD CUMPLIDA: MINUTOS: _____ HORAS: _____ DÍAS: _____ MESES: _____ AÑOS: _____ SE IGNORA ☐ 9

AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:

NINGUNA ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 SEGURO POPULAR ☐ 7 OTRA ☐ 8

IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS OPORTUNIDADES ☐ 10 SE IGNORA ☐ 99

ESCOLARIDAD:

NINGUNA ☐ 1 PRIMARIA INCOMPLETA ☐ 2 SECUNDARIA INCOMPLETA ☐ 4 BACHILLERATO O PREPARATORIA ☐ 11 PROFESIONAL ☐ 7 SE IGNORA ☐ 99

PRE-ESCOLAR ☐ 12 PRIMARIA COMPLETA ☐ 3 SECUNDARIA COMPLETA ☐ 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA ☐ 6 POSGRADO ☐ 10

OCCUPACIÓN HABITUAL: _____

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL: MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

NOMBRE DEL CERTIFICANTE: _____

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

I: _____ INTERVALO: _____ CÓDIGO CIE: _____ CAUSA BÁSICA: _____

II: _____ INTERVALO: _____ CÓDIGO CIE: _____ CAUSA BÁSICA: _____

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: _____ CÓDIGO CIE: _____

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: _____ RATIFICA ☐ RECTIFICA ☐

I: _____ INTERVALO: _____ CÓDIGO CIE: _____ CAUSA BÁSICA: _____

II: _____ INTERVALO: _____ CÓDIGO CIE: _____ CAUSA BÁSICA: _____

FECHA DE LA RECOLECCIÓN: D D M M A A A FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO: D D M M A A A FECHA DE LA CONCLUSIÓN: D D M M A A A

REPORTA A INEGI / SS: D D M M A A A

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____

CARGO: _____ FIRMA: _____

4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚM. DE PAQUETE: _____ NÚM. DE ACTA: _____ FOLIO DE CAPTURA: _____

NOMBRE DEL CODIFICADOR: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____ FIRMA: _____

1. Datos generales del fallecido



2. Causas de defunción



(Idénticas como están en el certificado de defunción)

3. Resultados de la investigación epidemiológica



4. Fechas y datos del responsable



Anexo 8
SECRETARÍA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA
FORMATO DE RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN
POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

INEGI
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA

Folio del certificado de defunción: _____

1. DATOS DEL FALLECIDO(A)

NOMBRE DEL FALLECIDO _____

SEXO HOMBRE ☐ 1 MUJER ☐ 2 SE IGNORA ☐ 9

EDAD CUMPLIDA MINUTOS _____ HORAS _____ DIAS _____ MESES _____ AÑOS _____ SE IGNORA ☐ 9

AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: NINGUNA ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 SEGURO POPULAR ☐ 7 OTRA ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS OPORTUNIDADES ☐ 10 SE IGNORA ☐ 99

FECHA DE LA DEFUNCIÓN DIA _____ MES _____ AÑO _____

ESCOLARIDAD NINGUNA ☐ 1 PRIMARIA INCOMPLETA ☐ 2 SECUNDARIA INCOMPLETA ☐ 4 BACHILLERATO O PREPARATORIA ☐ 11 PROFESIONAL ☐ 7 SE IGNORA ☐ 99 PRE-ESCOLAR ☐ 12 PRIMARIA COMPLETA ☐ 3 SECUNDARIA COMPLETA ☐ 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA ☐ 6 POSGRADO ☐ 10

OCCUPACIÓN HABITUAL _____

CERTIFICADA POR MEDICO TRATANTE ☐ MEDICO LEGISTA ☐ OTRO MEDICO ☐ AUTORIDAD CIVIL ☐ OTRO ☐

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL MUNICIPIO _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____

LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN MUNICIPIO _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____

NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

I _____ INTERVALO _____ CODIGO CIE _____ CAUSA BASICA _____

II _____ INTERVALO _____ CODIGO CIE _____ CAUSA BASICA _____

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA _____ CODIGO CIE _____

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA _____ INTERVALO _____ CODIGO CIE _____ CAUSA BASICA _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR _____

FECHA DE LA RECOLECCIÓN D D M M A A _____ **FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO** D D M M A A _____ **FECHA DE LA CONCLUSIÓN** D D M M A A _____

REPORTE A INEGI / SS D D M M A A _____

OBSERVACIONES _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN _____

CARGO _____

FIRMA _____

4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

REPO DE DOCUMENTO _____ **NÚM. DE PAQUETE** _____ **NÚM. DE ACTA** _____ **FOLIO DE CAPTURA** _____

NOMBRE DEL CODIFICADOR _____ **SECCIÓN** _____ **PATRONO** _____ **APellidos** _____ **FIRMA** _____

1. Datos generales del fallecido

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

1. DATOS DEL FALLECIDO(A)						Folio del certificado de defunción: 											
NOMBRE DEL FALLECIDO																	
NOMBRE(S) PATERNO MATERNO																	
SEXO	HOMBRE	☐ 1	MUJER	☐ 2	SE IGNORA	☐ 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS	HORAS	DIAS	MESES	AÑOS	SE IGNORA	☐ 9			
AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:																	
NINGUNA		☐ 1	ISSSTE		☐ 3	SEDENA	☐ 5	SEGURO POPULAR	☐ 7	OTRA		☐ 8	FECHA DE LA DEFUNCION				
IMSS		☐ 2	PEMEX		☐ 4	SEMAR	☐ 6	IMSS OPORTUNIDADES	☐ 10	SE IGNORA		☐ 99	DIA	MES	AÑO		
ESCOLARIDAD		NINGUNA		☐ 1	PRIMARIA INCOMPLETA		☐ 2	SECUNDARIA INCOMPLETA		☐ 4	BACHILLERATO O PREPARATORIA		☐ 11	PROFESIONAL	☐ 7	SE IGNORA	☐ 99
		PRE-ESCOLAR		☐ 12	PRIMARIA COMPLETA		☐ 3	SECUNDARIA COMPLETA		☐	BACHILLERATO O PREPARATORIA		☐ 6	POSGRADO	☐ 10		
OCUPACION HABITUAL							99	CERTIFICADA POR		MEDICO TRATANTE	☐ 2	MEDICO LEGISTA	☐ 2	OTRO MEDICO	3	EN TURNO	4
								AUTORIDAD CIVIL		5	OTRO		8				
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL																	
						MUNICIPIO							ENTIDAD FEDERATIVA				
LUGAR DE DONDE OCURRIO LA DEFUNCION																	
						MUNICIPIO							ENTIDAD FEDERATIVA				
NOMBRE DEL CERTIFICANTE																	

2. Causas de defunción

(Idénticas como están en el certificado de defunción)

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA
I			
_____	_____	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____	
_____	_____	____ ____ ____ ____	
	_____	____ ____ ____ ____	
II			
_____	_____	____ ____ ____ ____	
_____	_____	____ ____ ____ ____	
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	_____	____ ____ ____ ____	
		CODIGO CIE	

3. Resultados de la investigación epidemiológica

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA			RATIFICA	RECTIFICA				
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA _____			☐	☐				
	INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA					
I	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR	
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
II	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

ESTUDIAR TODAS CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, independientemente del lugar que ocupe dentro del certificado de defunción.

SE RECTIFICA O RATIFICA LA CAUSA BASICA

4. Fechas y datos del responsable

LA OPORTUNIDAD SE CALCULA CON LA FECHA SEED MENUS FECHA DE DEFUNCIÓN

FECHA DE LA RECOLECCION		FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO		FECHA DE LA CONCLUSIÓN	
REPORTE A INEGI / SS					
OBSERVACIONES _____					
NINGUNA FECHA PUEDE SER MÁS CORTA QUE LA DEL REPORTE DEL SEED					
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION _____					
		NOMBRE	PATERNO	MATERNO	
CARGO _____			FIRMA	_____	

TENEMOS 15 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE DEFUNCION PARA REALIZAR LA INVESTIGACION Y ENVIAR A LA JURISIDCCION SANITARIA EL ANEXO 8, PARA INGESARLO AL SISTEMA REDVE

CONTINUAR CON EL ENVIO DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCION, AL CORREO notificacioncertdef@gmail.com, CON LA FINALIDAD DE GANAR OPORTUNIDAD EN EL SISTEMA REDVE.

3. Resultados de la investigación epidemiológica

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA				RATIFICA	RECTIFICA								
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA _____				☐	☐								
	INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA										
I	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
II	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR

- De ser necesario, es obligatorio realizar el reordenamiento de las causas en la parte 3.
- Se deberán anotar las causas en términos médicos y no con los nombre de los códigos de la CIE-10.
- Asimismo, deberá establecer los intervalos de tiempo recordando que van de menor a mayor (orden descendente).

Ejemplo

2.-CAUSAS DE DEFUNCIÓN

	Causas	Intervalo	Código CIE-10	Código CIE-10 de la Causa Básica
I a)	DESHIDRATACIÓN	3 HORAS	E86.X	A09..9
b)	GASTROENTERITIS INFECCIOSA	2 DÍAS	A09..9	
c)				
d)				
II	DESNUTRICIÓN	1 AÑOS	E46X	
Causa sujeta a vigilancia epidemiológica: GASTROENTERITIS INFECCIOSA				A09.9
				Código CIE-10

3.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA

La causa sujeta a vigilancia epidemiológica: GASTROENTERITIS INFECCIOSA A09.9 Ratifica ☐ Rectifica ☒

Causas después de la investigación

	Causas	Intervalo	Código CIE-10	Código CIE-10 de la Causa Básica
I a)	DESHIDRATACIÓN	3 HORAS	E86.X	A00.0
b)	COLERA POR VIBRIO CHOLERAE O1	2 DÍAS	A00.0	
c)				
d)				
II	DESNUTRICIÓN	2 AÑOS	E46X	

Fecha de recolección: 2 9 0 6 1 2 Inicio del estudio: 0 9 0 7 1 2
 Fecha de conclusión: 9 0 7 1 2 Reporte a INEGI/SS: 1 5 0 7 1 2
 Observaciones:

Nombre del responsable de la investigación: DR. JAIME MARTINEZ ZAMUDIO
 Cargo: EPIDEMIÓLOGO Firma:

Ejemplo

2.-CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Causas	Intervalo	Código CIE-10	Código CIE-10 de la Causa Básica
a) CHOQUE HIPOVOLEMICO	2 HORAS	R57.1	A91.X
b) HEMORRAGIA AGUDA	5 HORAS	R58.X	
c) DENGUE HEMORRAGICO	3 DIAS	A91.X	
d)			
Causa sujeta a vigilancia epidemiológica: <u>DENGUE HEMORRAGICO</u> <u>A91.X</u> Código CIE-10			

3.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La causa sujeta a vigilancia epidemiológica DENGUE HEMORRAGICO A91.X Ratifica ☒ No ratifica ☐

Causas después de la investigación

Causas	Intervalo	Código CIE-10	Código CIE-10 de la Causa Básica
a) CHOQUE HIPOVOLEMICO	2 HORAS	R57.1	A91.X
b) HEMORRAGIA AGUDA	5 HORAS	R58.X	
c) DENGUE HEMORRAGICO	3 DIAS	A91.X	
d)			
Fecha de recolección: <u>2</u> <u>9</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>2</u> Año <u>0</u> <u>3</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>2</u> Día Mes Año Día Mes Año			
Fecha de conclusión: <u>0</u> <u>3</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>2</u> Año <u>0</u> <u>3</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>2</u> Día Mes Año Día Mes Año			
Reporte a INEGI/SS: <u>1</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>2</u> Día Mes Año Día Mes Año			
Observaciones:			
Nombre del responsable de la investigación:			
Cargo: Firma:			

Generalidades

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
Día: 11 Mes: 01 Año: 2021 Horas: 10 Minutos: 41

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Sí ☐ No ☒

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Insuficiencia respiratoria aguda
Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Neumonía por SARS-CoV-2
Debido a (o como consecuencia de)

c) Tuberculosis pulmonar
Debido a (o como consecuencia de)

d) Infección por VIH

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso en la línea

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 22 días, 29 días, 6 meses, 6 meses

Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE: J960, U071, A162, B249

CUANDO SE TIENEN DOS O MAS CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, SESIONAR LA DEFUNCIÓN PARA DETERMINAR LA CAUSA BASICA DE DEFUNCIÓN.

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Insuficiencia Respiratoria Aguda
Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Neumonía Atípica
Debido a (o como consecuencia de)

c) Infección por VIH

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 24 horas, 12 horas, 7 años

Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE: J960, J189, B249

INDEPENDIENTE DE DONDE SE ENCUENTRE EL DX. SUJETO A VIGILANCIA SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN

CUANDO SE TIENEN VIH CON OTRA CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SE CODIFICARA CON LA CLAVE CIE BINOMIO, EN EL APARTADO 3.

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
Día: 06 Mes: 02 Año: 2021 Horas: 11 Minutos: 00

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Sí ☐ No ☒

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Insuficiencia Respiratoria
Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Neumonía por COVID-19
Debido a (o como consecuencia de)

c) Infección por COVID-19
Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Virus de Inmunodeficiencia Humana

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 2 días, 2 días, 1 mes, 25 años

Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE: J969, U078, U071, B24



Gracias

Dr. Angel Dominguez Valencia
Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de la
Mortalidad