

## SECRETARIA DE SALUD

### **ACUERDO por el que se dan a conocer los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados por la Secretaría de Salud.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 389, fracciones II y III y 392, de la Ley General de Salud; 91, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 7, fracción XVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y el punto 12.2.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud, y

#### CONSIDERANDO

Que los artículos 392, de la Ley General de Salud y 91, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, señalan que los certificados de defunción y muerte fetal, se extenderán en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud, mismos que se darán a conocer mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación;

Que con base en las disposiciones antes señaladas, el 30 de enero de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal”, mismo que fue modificado por los diversos publicados en el mencionado medio de difusión, los días 29 de diciembre de 2011 y 6 de febrero de 2015;

Que el punto 12.2.11, de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud, señala que el diseño, impresión, modificación, actualización y distribución a las entidades federativas de los certificados de defunción y muerte fetal corresponde a la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información en Salud, la cual, de conformidad con las necesidades del Sistema Nacional de Salud y disposiciones jurídicas aplicables, determina sus modificaciones y actualizaciones quinquenalmente, y

Que la Secretaría de Salud en coordinación con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud y del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades, revisó y determinó conveniente modificar y actualizar las variables a utilizarse en los certificados de defunción y muerte fetal, con la finalidad de fortalecer la calidad de la información en salud que se genera con los mismos, he tenido a bien expedir el siguiente

#### ACUERDO

**ÚNICO.-** Se dan a conocer los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados por la Secretaría de Salud, mismos que se anexan al presente Acuerdo para su observancia general.

#### TRANSITORIOS

**Primero.** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**Segundo.** Los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados mediante el presente Acuerdo, sustituyen en alcance y contenido a los comprendidos en el Anexo del “Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009 y da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1o. de enero de 2012”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

**Tercero.** Los formatos de certificados de defunción y muerte fetal distribuidos por la Secretaría de Salud conforme al “Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009 y da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1o. de enero de 2012”, podrán seguirse utilizando hasta agotar su existencia.

Dado en la Ciudad de México, a los 24 días del mes de febrero de 2017.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles.**- Rúbrica.



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
De acuerdo a la NOM-036-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
Para el llenado de este Certificado auxilíese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05/03/2016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 99992010.
Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
6. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
8. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9|9|9|. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
8.1. Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
9. ESTADO CONYUGAL. Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
11. ESCOLARIDAD. Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
12. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
13. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN. Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 17:09.
18. SE PRACTICÓ NECROPSIA. Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
19. CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

SE CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: (Omitir una sola causa en cada renglón. Toda causa nueva de cada renglón para causas, lesiones, etc.)

PARTE I	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad o la lesión	Causa
a) Peritonitis aguda Debido a la enterocolitis bacteriana	2 días	
b) Perforación del duodeno Debido a la enterocolitis bacteriana	4 días	
c) Úlcera duodenal Debido a la enterocolitis bacteriana	3 años	
d) Hipertensión arterial	5 años	

- 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 64 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
22.2. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
22.3. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
25-29. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número. REG: Registro.



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

Modelo 2017
FOLIO
17000001

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario de certificación de defunción con secciones: DEL FALLECIDO, DE LA DEFUNCIÓN, MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS, DEL CERTIFICANTE, and DEL REG. CIVIL. Includes fields for personal data, cause of death, and registration details.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTA 1ª COPIA AL INEGI

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
De acuerdo a la NOM-036-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias. Verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05/03/2016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 99992010.
Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e Interior si aplica (21, 2A, GS), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
6. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
8. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9|9|9|. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
8.1. Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
9. ESTADO CONYUGAL. Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluya por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
11. ESCOLARIDAD. Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
12. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
13. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN. Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 1|7|0|9|.
18. SE PRACTICÓ NECROPSIA. Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
19. CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte. En las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a lo como consecuencia de", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

Table with 4 columns: Parte I (Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente), Parte II (Enfermedad o suceso antecedente que dio origen a la causa anotada en la línea a), Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte, and Código CIE. Rows include Peritonitis aguda (2 días), Perforación del duodeno (4 días), Úlcera duodenal (3 años), and Hipertensión arterial (5 años).

- 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 64 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
22.2. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, conocida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
25-29. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NUM: Número. REG: Registro.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 17000001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

17000001

Formulario de certificación de defunción con secciones: 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A), 2. FECHA DE NACIMIENTO, 3. SEXO, 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO, 5. CURP, 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?, 7. NACIONALIDAD, 8. EDAD CUMPLIDA, 9. ESTADO CONYUGAL, 10. RESIDENCIA HABITUAL, 11. ESCOLARIDAD, 12. OCUPACIÓN HABITUAL, 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN, 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN, 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN, 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?, 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?, 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN, 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN, 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 34 AÑOS, 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE, 23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE, 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A), 25. CERTIFICADA POR, 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE, 28. FIRMA DEL CERTIFICANTE, 29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE, 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN, 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O ADECUADO, 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO.

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
• De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
• Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
• Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
• Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
• Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2...9).
• En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 0.6.0.3.2.0.1.6. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 9.9.9.2.0.1.0.
• Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
• Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
• Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
• Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
• Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
6. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
8. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9|9|9. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
8.1. Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
9. ESTADO CONYUGAL. Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
11. ESCOLARIDAD. Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "ninguna".
12. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
13. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN. Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 1|7|0|9|.
18. SE PRÁCTICÓ NECROPSIA. Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
19. CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

Table with 4 columns: Causa, Descripción, Intervalo de tiempo, and Clasificación. Rows include Peritonitis aguda (2 días), Perforación del duodeno (4 días), Úlcera duodenal (3 años), and Hipertensión arterial (5 años).

- 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 64 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
22.2. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
28-29. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento, CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, INF: Informante, NÚM: Número, REG: Registro.



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

Modelo 2017
FOLIO
17000001

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN...
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario de certificación de defunción con secciones: DEL FALLECIDO (1-16), DE LA DEFUNCIÓN (17-20), MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS (21-22), DEL INF. (23), DEL CERTIFICANTE (24-26), DEL REG. CIVIL (27-32). Incluye campos para nombre, fecha de nacimiento, sexo, entidad de nacimiento, CURP, edad, estado conyugal, residencia habitual, escolaridad, ocupación, aplicación a servicios de salud, sitio donde sucedió la defunción, domicilio, fecha y hora de defunción, causas de defunción, lugar y hora de registro.

17000001

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05.03.2016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 99992010.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e Interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o emendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume que asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9|9|9|. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.  
&1. Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 17:09.
- SE PRÁCTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

**PARTE I:** En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

**PARTE II:** Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado de tiempo entre el inicio de la enfermedad y la defunción	Uso exclusivo del personal codificador
Peritonitis aguda	Debido a (o como consecuencia de)	2 días	
Perforación del duodeno	Debido a (o como consecuencia de)	4 días	
Úlceras duodenales	Debido a (o como consecuencia de)	3 años	
Hipertensión arterial		5 años	

- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
- SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
  - Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
  - Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
  - Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
  - Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
  - Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento, CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, INF: Informante, NÚM: Número, REG: Registro.



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
• Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
• Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
• Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
• Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
• En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0 1] [0 9] [2 0 1 6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9 9] [9 9] [2 0 1 6].
• Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
• Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
• Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
• Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
• Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0 4] [5 0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1 3] [0 0]. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
6. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
6. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Marque si se practicó o no necropsia al producto.
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1 6] [0 5].
10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE. Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
14. ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?. En 14.1 anote una "X" en la opción "SI", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
16. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".
PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).
PARTE II. Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

Formulario de causas de la muerte fetal con campos para: Hemorragia intraventricular, Hipoxia intrauterina, Inaeficiencia placentaria, Hipertensión gestacional, Tabaquismo. Incluye columnas para 'Causa de la muerte fetal', 'Debido a', 'Código de la causa', 'Código de la madre', 'Código de la causa'.

- 24. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
25. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
26. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS). Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
30. ¿VIVE LA MADRE?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
33-38. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
39. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL (LLÉNESE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Marzo 2017  
**FOLIO**  
**171000001**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA PRETENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>1. SEXO</b>		<b>3. EDAD GESTACIONAL</b>		<b>3. PESO</b>		<b>4. DE UN EMBARAZO</b>		<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b>		<b>6.2 Total de consultas recibidas</b>	
Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3		Semanas _____		Gramos _____		Espontáneo <input type="radio"/> _1 Reproducción asistida <input type="radio"/> _2 4.1 El embarazo fue Único <input type="radio"/> _1 Gemelar <input type="radio"/> _2 Trío o más <input type="radio"/> _3		Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3		_____	
<b>6. ESTE EMBARAZO FUE</b>		<b>7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ</b>		<b>7.1 Estado de la par del producto</b>		<b>7.2. ¿Se practicó necropsia?</b>		<b>8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b>			
Normal <input type="radio"/> _1 Complicado <input type="radio"/> _2		Antes del parto <input type="radio"/> _1 Durante el parto <input type="radio"/> _2		Fresca (Normal) <input type="radio"/> _1 Macerada <input type="radio"/> _2 Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____			
<b>9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b>											
9.1 Tipo de vivienda			9.2 Nombre de la vivienda			9.3 Num. Exterior		9.4 Num. Interior			
9.5 Tipo de asentamiento humano			9.6 Nombre del asentamiento humano			9.7 Código Postal					
9.8 Localidad			9.9 Municipio o delegación			9.10 Entidad federativa					
<b>10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b>											
Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _3 PEMEX <input type="radio"/> _5 SEMAR <input type="radio"/> _7 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9						10.1 Nombre de la unidad médica			Vía pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _6 Otra unidad pública <input type="radio"/> _8						10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99		
<b>11. ¿QUÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?</b>											
Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> _1 Otro médico <input type="radio"/> _3 Enfermera <input type="radio"/> _2 Partera <input type="radio"/> _3 Otro <input type="radio"/> _4 Se ignora <input type="radio"/> _5						<b>12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE</b>					
Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> _1 Cesárea <input type="radio"/> _1 Fócico <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3						Espontáneo <input type="radio"/> _1 Provocado <input type="radio"/> _2 Tempestivo <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9					
<b>13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b>											
Otro <input type="radio"/> _4 *Especifique _____											
<b>14. VIOLENCIA</b>											
14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3											
14.2 ¿Ante la relación que tiene el presunto agresor con la madre? _____											
<b>15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO</b>											
a) _____ b) _____											
<b>16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL</b> (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir -ejemplo paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)											
<b>PARTE I</b>											
Condición fetal o materna que causó directamente la muerte											
a) Debido a (o como consecuencia de) _____											
Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionadas en último lugar la causa básica											
b) Debido a (o como consecuencia de) _____											
c) Debido a (o como consecuencia de) _____											
d) _____											
<b>PARTE II</b>											
Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado materno que lo produjo											
<b>17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</b>											
Uso exclusivo del personal codificador											
<b>18. NOMBRE</b>											
Nombre(s) _____				Primer Apellido _____				Segundo Apellido _____			
<b>19. CURP</b>											
_____ Se ignora <input type="radio"/> _99											
<b>20. NACIONALIDAD</b>											
Mexicana <input type="radio"/> _1 Otra <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3											
<b>21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b>											
Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3											
<b>22. EDAD (AÑOS)</b>											
_____											
<b>23. ESTADO CONYUGAL</b>											
En unión libre <input type="radio"/> _1 Separado <input type="radio"/> _2 Divorciado <input type="radio"/> _3 Viudo <input type="radio"/> _4 Soltero <input type="radio"/> _5 Casado <input type="radio"/> _6 Se ignora <input type="radio"/> _9											
<b>24. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre											
24.1 Tipo de vivienda			24.2 Nombre de la vivienda			24.3 Num. Exterior		24.4 Num. Interior			
24.5 Tipo de asentamiento humano			24.6 Nombre del asentamiento humano			24.7 Código Postal					
24.8 Localidad			24.9 Municipio o delegación			24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		24.11 Teléfono			
<b>25. ESCOLARIDAD</b>											
Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99						25.1 La escolaridad seleccionada es			Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input type="radio"/> _2		
<b>26. OCUPACIÓN HABITUAL</b>											
26.1 Trabaja actualmente Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3											
<b>27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b>											
Ninguno <input type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _2 SEDENA <input type="radio"/> _3 Seguro Popular <input type="radio"/> _7 Otro <input type="radio"/> _8 IMSS <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _9						27.1 Número de seguridad social o afiliación		28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99			
<b>29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS)</b>											
29.1 Nacidos Muertos (as) Si <input type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _99						29.3 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> _99					
29.2 Nacidos Vivos (as) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99											
<b>30. ¿VIVE LA MADRE?</b>											
Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2											
30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____											
<b>DEL INF.</b>											
31. NOMBRE				32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO							
Nombre(s) _____				_____							
Primer Apellido _____				Segundo Apellido _____							
<b>DEL CERTIFICANTE</b>											
<b>33. CERTIFICADA POR</b>											
Médico tratante <input type="radio"/> _1 Otro médico* <input type="radio"/> _3 Autoridad civil <input type="radio"/> _5 Médico legista <input type="radio"/> _2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4 Otro <input type="radio"/> _6 *Especifique _____				34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____							
<b>35. NOMBRE</b>											
Nombre(s) _____											
<b>36. DOMICILIO</b>											
36.1 Tipo de vivienda			36.2 Nombre de la vivienda			36.3 Num. Exterior		36.4 Num. Interior			
36.5 Tipo de asentamiento humano			36.6 Nombre del asentamiento humano			36.7 Código Postal					
36.8 Localidad			36.9 Municipio o delegación			36.10 Entidad federativa					
<b>37. TELÉFONO</b>											
_____											
<b>38. FIRMA</b>											
_____											
<b>39. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b>											
Día _____ Mes _____ Año _____											

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTA 1ª COPIA AL INEGI

171000001

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
• Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
• Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
• Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
• Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
• En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0]1[0]9[2]016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9]9[9]9[2]016.
• Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
• Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
• Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
• Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 990) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
• Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la expulsión o extracción del producto.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0]4[5]0, si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1]3[0]0. No registre con otra unidad de medida (1kg. = 1000 gramos).
5. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
6. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Marque si se practicó o no necropsia al producto.
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1]6[0]5.
10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE. Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado.
14. ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA? En 14.1 anote una "X" en la opción "SI", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
16. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".
PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).
PARTE II. Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

Formulario de causas de la muerte fetal con campos para: Hemorragia intraventricular, Hipoxia intrauterina, Insuficiencia placentaria, Hipertensión gestacional, Tabaquismo. Incluye columnas para 'Debido a', 'Consecuencia de', 'Uso exclusivo del personal codificador' y 'Código CIE'.

- 24. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
25. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
26. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS). Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
30. ¿VIVE LA MADRE?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
33-38. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
39. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLÉNESE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Modelo 2017
FOLIO
171000001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario for fetal death certification with sections: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO, DATOS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE, and DEL INF. Includes fields for sex, gestational week, pregnancy details, cause of death, and maternal information.

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
• Para el llenado de este Certificado, auxílese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
• Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
• Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
• Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
• En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0\_1][0\_9][2\_0\_1\_6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9\_9][9\_9][2\_0\_1\_6].
• Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
• Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
• Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
• Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej), Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard, Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej, 950) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej, Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
• Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0\_4][5\_0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1\_3][0\_0]. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
5. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
6. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Marque si se practicó o no necropsia al producto.
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1\_6][0\_5].
10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE. Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado.
14. ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA? En 14.1 anote una "X" en la opción "SI", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
16. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".
PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).
PARTE II. Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

Table with 4 columns: Causa, Síntoma/Signo, Síntoma/Signo, Código CIE. Rows include Hemorragia intraventricular, Hipoxia intrauterina, Insuficiencia placentaria, Hipertensión gestacional, and Tabaquismo.

- 24. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
25. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
26. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS). Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
30. ¿VIVE LA MADRE?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
33-38. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
39. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

INF: Informante, CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLÉNESE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Marzo 2017
FOLIO
171000001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA MUERTE FETAL NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 15 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario de certificación de muerte fetal con secciones: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO, DATOS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE, y DEL CERTIFICANTE. Incluye campos para sexo, edad gestacional, peso, atención prenatal, fecha y hora de la expulsión, causas de la muerte fetal, y datos personales de la madre y el certificador.

171000001

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA MUERTE FETAL DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0 1 0 9 | 2 0 1 6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9 9 | 9 9 | 2 0 1 6].
Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0 4 5 0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1 3 0 0]. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
5. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
6. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Marque si se practicó o no necropsia al producto.
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [ 4 | 0 5].
10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE. Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
14. ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA? En 14.1 anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(a) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
16. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".
PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).
PARTE II. Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

Table with 4 columns: Causa, Sí/No, Sí/No, Código CIE. Rows include Hemorragia intraventricular, Hipoxia intrauterina, Insuficiencia placentaria, Hipertensión gestacional, and Tabaquismo.

- 24. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
25. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
26. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS). Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
30. ¿VIVE LA MADRE?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
33-38. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
39. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.