

## SECRETARÍA DE SALUD

**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 publicados el 30 de enero de 2009 y da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1 de enero de 2012.**

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

SALOMON CHERTORIVSKI WOLDENBERG, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 104, fracción I, 106, 107, 389 fracciones II y III, 391 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; 6 y 7, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

### CONSIDERANDO

Que la Ley General de Salud establece que tanto la Secretaría de Salud como los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y de conformidad con la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, captarán, producirán y procesarán la información relativa a las estadísticas de natalidad y mortalidad, entre otras, a fin de integrarlas al proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud y con ello contribuir a la consolidación de un Sistema Nacional de Información en Salud;

Que la Ley General de Salud señala también que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios y las autoridades de las comunidades indígenas cuando proceda, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que generen y manejen la información de mortalidad, deberán suministrarla a la Secretaría de Salud, con la periodicidad y en los términos que ésta señale, para la elaboración de las estadísticas nacionales para la salud; y que los establecimientos que presten servicios de salud, los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, así como los establecimientos dedicados al proceso, uso, aplicación o disposición final de los productos o que realicen las actividades a que se refieren los Títulos Décimo Segundo y Décimo Cuarto de dicha ley, llevarán las estadísticas que les señale la Secretaría de Salud y proporcionarán a ésta y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, la información correspondiente;

Que la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2008, en su disposición Transitoria DECIMO CUARTA, dispone que los comités técnicos sectoriales, regionales y especiales de estadística y de información geográfica que se hubieran constituido conforme a lo dispuesto en las fracciones II, III y IV del artículo 24 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, y que se encuentren en funcionamiento, habrán de considerarse como Comités Técnicos Especializados a que se refiere el artículo 31 de esta Ley;

Que de conformidad con los artículos 35 y 69-C de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, se podrá hacer uso de medios de comunicación electrónica para realizar el envío de la documentación y formatos respectivos con la finalidad de eficientar la entrega e integración oportuna de las estadísticas en salud;

Que el Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados y de defunción y de muerte fetal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009, expresamente dispone que toda defunción y muerte fetal deberán ser objeto de certificación, para los cual se utilizarán los formatos vigentes, y

Que el sector salud responde a un proceso de mejora continua, específicamente en cuanto a la obtención de información en salud, lo cual deriva en la necesidad de adecuar los formatos utilizados para la generación de dicha información y los procedimientos relacionados con la integración de la misma, por lo que con el objeto de dar respuesta a las necesidades presentes tanto del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica como del Sistema Nacional de Información en Salud, requieren ser actualizados y con ello contribuir a la toma eficiente de decisiones basadas en evidencia oportuna y de calidad, he tenido a bien expedir el siguiente:

**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**

**ARTICULO UNICO.-** Se modifican los Artículos Quinto y Sexto del Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, para quedar de la siguiente manera:

**ARTICULO QUINTO.-** Los Certificados de Defunción y Muerte Fetal están conformados por un original y tres copias.

Los originales de ambos Certificados y sus dos primeras copias deben entregarse a los familiares del (de la) fallecido (a) con la instrucción de entregarlas en el Registro Civil para obtener el Acta de Defunción y el permiso de inhumación en caso de defunción y, en el caso de Muerte Fetal, para tramitar el permiso de inhumación respectivo. En caso de que el Certificado no sea reclamado por los familiares del (de la) fallecido (a), el certificante debe remitir esta documentación al Registro Civil.

Para ambos Certificados, el original (hoja blanca) corresponde a la Secretaría de Salud y debe ser recuperado del Registro Civil por las Secretarías de Salud Estatales y del Distrito Federal; la primera copia (hoja rosa) debe ser entregada por el Registro Civil al INEGI, institución responsable de su resguardo; la segunda copia (hoja azul) corresponde al Registro Civil, institución responsable de su resguardo; la tercera copia (hoja verde) 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 (de la) fallecido(a) para el caso de una defunción, y en el de la madre para el caso de una muerte fetal-, si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante debe remitir esta tercera copia a la Jurisdicción Sanitaria en un periodo no mayor a diez días hábiles posteriores a su expedición.

Los formatos aquí mencionados se podrán expresar tanto en forma electrónica como en forma impresa, según convenga a las circunstancias operativas y de conformidad a las disposiciones y lineamientos vigentes en materia de Firma Electrónica Avanzada y los documentos que la emplean. De igual forma, las consideraciones en cuanto a la identificación de documentos por medio de hoja blanca, hoja rosa, hoja azul y hoja verde, serán debidamente identificadas en su equivalente electrónico en caso de ser expresadas en dicha forma.

**ARTICULO SEXTO.-** Las Secretarías de Salud Estatales y del Distrito Federal, así como las instituciones del Sistema Nacional de Salud, son responsables de conformidad con los términos establecidos por la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud y acordados en el seno del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud, de integrar oportunamente la información contenida en los Certificados de Defunción y Muerte Fetal; de la misma forma, son responsables de vigilar la calidad de dicha información, asegurando entre otros, óptimos niveles de cobertura, integridad, consistencia y validez.

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** El presente Acuerdo entrará en vigor el 1o. de enero de 2012.

**SEGUNDO.-** El Anexo del presente Acuerdo, sustituye en alcance y contenido al Anexo del Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y muerte fetal publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009.

México, Distrito Federal, a los veintiún días del mes de diciembre de dos mil once.- El Secretario de Salud,  
**Salomón Chertorivski Woldenberg.-** Rúbrica.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Hoja 2012
FOLIO
00000000

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 ACTA DE DEFUNCIÓN

Formulario for death certificate registration, including sections for: 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A), 2. CERP, 3. UNILATERAL BILATERAL ENFERMADAD, 4. PESO, 5. SEXO, 6. NACIONALIDAD, 7. VILLA, 8. FECHA DE NACIMIENTO, 9. EDAD COMPLETA, 10. ESTADO CONYUGAL, 11. RESIDENCIA FAMILIAR, 12. ESCOLARIDAD, 13. OCUPACION HABITUAL, 14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD, 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN, 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN, 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN, 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?, 19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?, 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN, 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 54 AÑOS O MÁS, 22. ¿LAS CAUSAS PRINCIPALES DE LA DEFUNCIÓN SON DE ORIGEN EXTERNO?, 23. ¿LAS CAUSAS PRINCIPALES DE LA DEFUNCIÓN SON DE ORIGEN INTERNO?, 24. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA DEFUNCIÓN?, 25. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MUESTREO FAMILIAR?, 26. ¿SÍ O NO EN CASO DE ACCIDENTE, ANTES O LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN?, 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE, 28. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE, 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN, 30. FECHA Y LUGAR DE REGISTRO.



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE 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 al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado auxiliarse con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a). 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 registrarse 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 ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de Marzo de 2012 anote (0, 5, 0, 3, 2, 0, 1, 2). Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de los correspondientes, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), registre: (9, 9, 9, 9, 2, 0, 1, 0).
- Marque el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **adó cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios. Registre la dirección según se requiera, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, 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:**

- 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 los apellidos paterno y materno.
- 5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- 9. 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.
- 10. ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) mayor de 12 años en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, advirtiéndole al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal.
- 11. 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.
- 12. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobados de el(la) fallecido(a), si tuvo estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márkalo en la opción incompleto de las mismas. Si no tenía escolaridad marque la opción "Ninguna". Para menores de 3 años omita la respuesta a esta variable.
- 13. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 13.1 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, era jubilado(a), rentista, etc.
- 14. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) 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. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admita hasta dos respuestas. En 14.1 anote el número de afiliación de la opción donde recibió la última atención, asegúrese que ésta guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 14.
- 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la defunción. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 15.1 y en 15.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Registre 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).
- 19. SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 20. 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:

Causa de la defunción		Intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de la causa y la fecha de la defunción	
Letra a)	Letra b)	Letra c)	Letra d)
Peritonitis aguda	Debido a (o como consecuencia de)	2 días	
Perforación del duodeno	Debido a (o como consecuencia de)	4 días	
Úlcera duodenal	Debido a (o como consecuencia de)	3 años	
Hipertensión arterial		5 años	

- 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuesta. Marque en 22.1 una de las opciones de la 1 a la 5, y no omita responder las preguntas 22.2 y 22.3.
- 23. 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.
- 23.1. Fue un presunto.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción no una afirmación.
- 23.2. Sitio donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde ocurrió la defunción.
- 23.3. ¿Qué parentesco 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".
- 23.4. Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte,** ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
- 23.7. Sólo en caso de accidente,** anote el domicilio donde ocurrió la lesión. 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.
- 26. CERTIFICADA POR.** 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".
- 27. 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.
- 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

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



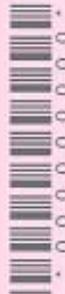
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2013
FOLIO
00000000

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

Formulario for death certificate registration, including sections for: 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A), 2. CURP, 3. ¿HABLA ALGUNA LENGUA REGIONAL?, 4. RAZA/ETNIA, 5. EDAD, 6. FECHA DE NACIMIENTO, 7. ESTADO CIVIL, 8. RESIDENCIA HABITUAL, 9. ESCOLARIDAD, 10. OCUPIACION HABITUAL, 11. APLICACION A SERVICIOS DE SALUD, 12. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN, 13. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN, 14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN, 15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN, 16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?, 17. ¿LE PRACTICÓ NECROPSIA?, 18. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS?, 19. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENCIA ESPECÍFICA?, 20. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS?, 22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON CORREGIDAS?, 23. ¿SE OBTUVO EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN?, 24. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 25. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 26. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 27. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 28. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 29. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 30. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 31. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 32. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 33. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 34. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 35. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 36. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 37. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 38. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 39. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?, 40. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO?



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

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.
- Para el llenado de este Certificado auxílese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a). Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra el 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 ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de Marzo de 2012 anote [ 0 5 | 0 3 | 2 0 1 2 ]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), registre: [ 9 9 | 9 9 | 2 0 1 0 ].
- Marque el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconoce la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios. Registre la dirección según se requiera, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, 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:**

- 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(a) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar los apellidos paterno y materno.
- 5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- 9. 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(a) 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.
- 10. ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) mayor de 12 años en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal.
- 11. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(a) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 12. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobados de el(la) fallecido(a), si tuvo estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márkelo en la opción incompleto de las mismas. Si no tenía escolaridad marque la opción "Ninguna". Para manjones de 3 años omita la respuesta a esta variable.
- 13. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 13.1 marque la opción "SI" 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, era jubilado(a), rentista, etc.
- 14. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) que estaba afiliado(a) el(a) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admita hasta dos respuestas. En 14.1 anote el número de afiliación de la opción donde recibió la última atención, asegúrese que ésta guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 14.
- 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la defunción. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 15.1 y en 15.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Registre 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 8 minutos, anote [ 1 7 | : 0 8 ].
- 19. SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 20. 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)", 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.

**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		Intervalo de tiempo aproximado (entre el inicio de la causa y la defunción)		Uso exclusivo del personal codificador	
PARTE I	PARTE II	Intervalo de tiempo aproximado	Intervalo de tiempo aproximado	Intervalo de tiempo aproximado	Intervalo de tiempo aproximado
a) Peritonitis aguda	b) Colecistitis aguda	2 días	3 días		
c) Perforación del duodeno	d) Síndrome de intestino irritable	4 días	5 días		
e) Glicera duodenal	f) Hipertensión arterial	3 años	4 años		
g) Síndrome de intestino irritable	h) Hipertensión arterial	5 años	6 años		

- 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuesta. Marque en 22.1 una de las opciones de la 1 a la 5, y no omita responder las preguntas 22.2 y 22.3.
- 23. 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.
  - 23.1. Fue un presunto.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción no una afirmación.
  - 23.3. Sitio donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde ocurrió la defunción.
  - 23.4. ¿Qué parentesco 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".
  - 23.6. Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte,** ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
  - 23.7. Sólo en caso de accidente,** anote el domicilio donde ocurrió la lesión. 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.
- 26. CERTIFICADA POR.** En el caso de ser un médico pasante el que certifica, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud".
- 27. 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.
- 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2011
FOLIO
00000000

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 ACTA DE DEFUNCIÓN

Formulario with sections: DEL FALLECIDO (1-16), DE LA DEFUNCIÓN (17-21), DEFUNCIÓN ACCIDENTAL Y VIOLENTA (22-24), DEL CERTIFICANTE (25-27), DEL REG. CIVIL (28-30). Includes fields for name, sex, age, birth date, cause of death, and registration details.



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

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.
- Para el llenado de este Certificado auxíliense con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a). 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 llevarlas 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 período 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 ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de Marzo de 2012 anote (0, 3, 0, 3, 2, 0, 1, 2). Registre incluso información parcial, llenando con "nuevos" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), registre: (9, 9, 9, 9, 2, 0, 1, 0).
- Marque el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nuevos" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios: Registre la dirección según se requiere, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, 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:**

- 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 los apellidos paterno y materno.
- 5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- 9. 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 "nuevos" 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.
- 10. ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) mayor de 12 años en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal.
- 11. 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.
- 12. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobados de el(la) fallecido(a), si tuvo estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márkelo en la opción incompleto de las mismas. Si no tenía escolaridad marque la opción "Ninguna". Para menores de 3 años omita la respuesta a esta variable.
- 13. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 13.1 marque la opción "SI" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o labores 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, era jubilado(a), rentista, etc.
- 14. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) 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. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. En 14.1 anote el número de afiliación de la opción donde recibió la última atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 14.
- 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la defunción. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 15.1 y en 15.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Registre 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|).
- 19. SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 20. 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", 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.

**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:

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN	Intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de la causa y la fecha de la defunción	Uso exclusivo del personal codificador
Peritonitis aguda	2 días	
Perforación del duodeno	4 días	
Úlcera duodenal	1 año	
Hipertensión arterial	5 años	

- 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuesta. Marque en 22.1 una de las opciones de la 1 a la 5, y no omita responder las preguntas 22.2 y 22.3.
- 23. 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.
- 23.1. Fue un presunto.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción no una afirmación.
- 23.3. Sitio donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde ocurrió la defunción.
- 23.4. ¿Qué parentesco 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".
- 23.6. Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte,** ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
- 23.7. Sólo en caso de accidente,** anote el domicilio donde ocurrió la lesión. 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.
- 26. CERTIFICADA POR.** 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".
- 27. 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.
- 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Macido 2012
FOLIO
00000000

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

Formulario with sections: DEL FALLECIDO (1-11), DE LA DEFUNCIÓN (12-19), MUERTES ACCIDENTALES Y VOLUNTARIAS (20-23), DEL CERTIFICANTE (24-26), DEL REG. CIVIL (27-34). Includes fields for name, sex, age, date of death, cause of death, and certifier information.



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.
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 al fallecimiento. En 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 un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a). Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotéjar) 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 2012 anote 0 5 / 0 3 / 2 0 1 2. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), registre: 9 9 / 9 9 / 2 0 1 0.
- Marque 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. Registre la dirección según se requiera, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, 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:**

- 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 los apellidos paterno y materno.
- 5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- 9. 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.
- 10. ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) mayor de 12 años en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal.
- 11. 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.
- 12. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobados de el(la) fallecido(a), si tuvo estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleto de las mismas. Si no tenía escolaridad marque la opción "Ninguna". Para menores de 3 años omita la respuesta a esta variable.
- 13. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 13.1 marque la opción "SI" 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, era jubilado(a), rentista, etc.
- 14. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) 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. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. En 14.1 anote el número de afiliación de la opción donde recibió la última atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 14.
- 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la defunción. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 15.1 y en 15.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Registre 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 | 5 | 7 | 0 | 9 |.
- 19. SE PRÁCTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 20. 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", 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.

**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:

ENFERMEDAD O LESIÓN	Intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción	Uso exclusivo del personal codificador
Peritonitis aguda	2 días	
Perforación del duodeno	4 días	
Úlcera duodenal	3 años	
Hipertensión arterial	5 años	

- 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuesta. Marque en 22.1 una de las opciones de la 1 a la 5, y no omita responder las preguntas 22.2 y 22.3.
- 23. 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.
- 23.1. Fue un presunto.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción no una afirmación.
- 23.2. Sitio donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde ocurrió la defunción.
- 23.3. ¿Qué parentesco 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".
- 23.4. Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte,** ejemplo: caído de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
- 23.5. Sólo en caso de accidente,** anote el domicilio donde ocurrió la lesión. 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.
- 26. CERTIFICADA POR.** En el caso de ser un médico personal el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud".
- 27. 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.
- 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

FOLIO
00000000

¡LLENÉSE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN!
ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Formulario de datos del producto del embarazo y del suceso, causas de la muerte fetal, datos de la madre, datos del certificador, and personal information.



LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE 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. 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 recorra al expediente clínico de la madre para obtener (o coleccionar) 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 registrarla en el expediente clínico de la madre. **Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificador 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 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 las campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de Marzo de 2012 anote: 0, 5, 0, 3, 2, 0, 1, 2. 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 (2010), registre: 9, 9, 9, 2, 0, 1, 0.
- Marque 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, registre la dirección según se requiera, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, 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 el que 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.** Especifique el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel/macerada se refiere a una piel pálida, amagada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
8. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Registre la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas, 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. **SITO 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, ESTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gr. de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de expulsión o extracción. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda; Provocado, si se realizan maniobras para que suceda; Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. 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 gr. de peso, o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. 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(a) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
15. **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). 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 a ex consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.  
**PARTE II.** 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:

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (debe ser una sola causa según este orden, todas se deben marcar por separado, además de)		Especifique el tipo de producto	
		Producto vivo	Producto muerto
		Si	No
AMPEI	Hemorragia intraventricular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AMPEI	Hipoxia intrauterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AMPEI	Insuficiencia placentaria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AMPEI	Hipertensión gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AMPEI	Tabaquismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

23. **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.
24. **ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre, si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márkelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tuviere escolaridad marque la opción "Ninguna".
25. **OCCUPACION HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 25.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laboree 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, sea rentista, etc.
26. **AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) o la(s) que esté afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. En 26.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 26.
27. **EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO.** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no, y de cuántas hayan nacido muertos.
28. **¿VIVE LA MADRE?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 28.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 31-36. **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.
37. **FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Módulo 2012
FOLIO
000000000

(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)
ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

Formulario with sections: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCCESO, DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCCESO, CAUSAS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE, DATOS DEL CERTIFICANTE, and DATOS DEL CERTIFICANTE. Includes checkboxes for sex, gestational week, type of death, and various medical conditions.



LOS DATOS PERSONALES ESTARAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES.

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

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**

**DEFINICIÓN 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, NIDA 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. 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 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 ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de Marzo de 2012 anote : 0, 5, 0, 3, 2, 0, 1, 2. 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 (2010), registre: 9, 9, 9, 9, 2, 0, 1, 0.
- Marque el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **adó cuando se desconoce la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios, registre la dirección según se requiera, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, 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:**

- 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.
- 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).
- 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.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en el que 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.
- 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, amagada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Registre la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas, 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.
- SITO 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).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gr. de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de expulsión o extracción. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda; Provocado, si se realizan maniobras para que suceda; Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. No responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gr. de peso, o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. No responda la pregunta 12.
- ¿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(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- 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). 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.  
**PARTE II.** 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:

EN CASO DE MUERTE FETAL, seleccione una causa en cada renglón. En cada renglón de tres renglones con sentido común, anote:		Puede ser atribuida a la madre o al producto (CLUES)		Embar-OK	
a)	Hemorragia intraventricular	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Hipoxia intrauterina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Insuficiencia placentaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Hipertensión gestacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Tabaquismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 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.
- ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre, si tuviera estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 25.1 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, sea rentista, etc.
- AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) que esté afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. En 28.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que ésta guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 26.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO.** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no, y de cuántos hayan nacido muertos.
- ¿VIVE LA MADRE?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 28.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 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.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

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

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**  
(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)  
ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2012  
FOLIO  
00000000

**DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SACRO**

1. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  3

2. EDADE GESTACIONAL:  semanas  días

3. PESO:  kg  g

4. DE UN EMBARAZO: Único  1, Gemelar  2, Trío o más  3

5. ATENCIÓN PRENATAL: 5.1 Frecuencia atención prenatal: SI  1, No  2

5.2 Total de consultas:  consultas

6. SI SE EMBARAZÓ POR: 6.1 LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Normal  1, Complicada  2

6.2 Antes del parto  1, Durante el parto  2

6.3 Estado de la piel del producto: Frisca (Normal)  1, Hinchada  2

7. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Día  Mes  Año  Hora  Minutos

8. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN:

8.1 Calle y número  8.2 Colonia  8.3 Localidad

8.4 Municipio o delegación  8.5 Entidad federativa

9. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN:

9.1 Sector de salud: SI  1, MSO  2, FEMSA  3, SEMAR  4, Unidad médica privada  5

9.2 Número de la unidad médica

9.3 Tipo de lugar: VIG  10, Otro  11, Hogar  12, Otro  13

9.4 Tipo de institución: Oportunidades  1, IMSS  2, ISSSTE  3, SEDEMA  4, Otra unidad pública  5

9.5 Clave única de identificación de salud (CUIES)

10. ¿QUÉ SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FETAL? Espontáneo  1, Provocado  2, Tempestivo  3, Se ignora  4

11. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Método gineco-obstétrico  1, Otro método  2, Enfermero  3, Parto  4, Otro  5, Se ignora  6

12. SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FETAL: Espontáneo  1, Provocado  2, Tempestivo  3, Se ignora  4

13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Método gineco-obstétrico  1, Otro método  2, Enfermero  3, Parto  4, Otro  5, Se ignora  6

14. VIOLENCIA: 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? SI  1, No  2, Se ignora  3

14.2 ¿Qué procedimiento tiene el presunto agresor con la madre? SI  1, No  2, Se ignora  3

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL: (Indicar una sola causa en cada renglón. En la columna "modo de morir" aplique pero señale, según sea el caso, la causa base de defunción)

PARTE I		Especifique a la causa base	
Condiciones fetales o maternas que causó directamente la muerte		MATERNAL	FETAL
a)	Debido a (o) como consecuencia de)	1a	1
b)	Condiciones fetales o maternas que originaron la muerte directa o secundariamente en último lugar la causa fetal	1b	2
c)	Debido a (o) como consecuencia de)	1c	3
d)	Debido a (o) como consecuencia de)	1d	4
PARTE II		1e	5
Otras causas patológicas significativas del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado materno que la originó		1f	6
		1g	7
		1h	8
		1i	9
		1j	10
		1k	11
		1l	12
		1m	13
		1n	14
		1o	15
		1p	16
		1q	17
		1r	18
		1s	19
		1t	20
		1u	21
		1v	22
		1w	23
		1x	24
		1y	25
		1z	26
		1aa	27
		1ab	28
		1ac	29
		1ad	30
		1ae	31
		1af	32
		1ag	33
		1ah	34
		1ai	35
		1aj	36
		1ak	37
		1al	38
		1am	39
		1an	40
		1ao	41
		1ap	42
		1aq	43
		1ar	44
		1as	45
		1at	46
		1au	47
		1av	48
		1aw	49
		1ax	50
		1ay	51
		1az	52
		1ba	53
		1bb	54
		1bc	55
		1bd	56
		1be	57
		1bf	58
		1bg	59
		1bh	60
		1bi	61
		1bj	62
		1bk	63
		1bl	64
		1bm	65
		1bn	66
		1bo	67
		1bp	68
		1bq	69
		1br	70
		1bs	71
		1bt	72
		1bu	73
		1bv	74
		1bw	75
		1bx	76
		1by	77
		1bz	78
		1ca	79
		1cb	80
		1cc	81
		1cd	82
		1ce	83
		1cf	84
		1cg	85
		1ch	86
		1ci	87
		1cj	88
		1ck	89
		1cl	90
		1cm	91
		1cn	92
		1co	93
		1cp	94
		1cq	95
		1cr	96
		1cs	97
		1ct	98
		1cu	99
		1cv	100

16. CAUSA BÁSICA DE DEFENCIÓN Código CE

17. NOMBRE: Nombre(s)  Apellido paterno  Apellido materno

18. CUIES:

19. NACIÓ/LEÓ: México  1, Otro  2, Se ignora  3

20. ¿HABÍA ALGUNAS LESIONES INSUFICIENTES? SI  1, No  2, Se ignora  3

21. EMBARAZO: SI  1, No  2, Se ignora  3

22. EMBARAZO CONYUGAL: SI  1, No  2, Se ignora  3

23. REFERENCIA FAMILIAR: (Indicar el domicilio conyugal cuando viva la madre)

23.1 Calle y número  23.2 Colonia  23.3 Localidad

23.4 Municipio o delegación  23.5 Entidad federativa o país al nacer en el extranjero

24. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Primaria incompleta  2, Secundaria incompleta  3, Bachillerato o preparatoria incompleta  4, Profesional  5, Se ignora  6

25. OCUPACIÓN FAMILIAR: 25.1 Trabajo asalariado  1, No  2, Se ignora  3

26. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguno  1, IMSS  2, ISSSTE  3, SEDEMA  4, Seguro Popular  5, Otro  6, Se ignora  7

27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO: 27.1 Número de nacidos vivos  27.2 Número de nacidos muertos

28. ¿VIVÓ LA MADRE? SI  1, No  2

29. NOMBRE: Nombre(s)  Apellido paterno  Apellido materno

30. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

31. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Médico familiar  1, Médico hospital  2, Otro médico  3, Personal autorizado por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil  5, Otro  6

32. NOMBRE: Nombre(s)  Apellido paterno  Apellido materno

33. DOMICILIO: 33.1 Calle y número  33.2 Colonia  33.3 Localidad

33.4 Municipio o delegación  33.5 Entidad federativa

34. TELÉFONO  35. FIRMA

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día  Mes  Año

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

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. 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 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 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. Completo con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de Marzo de 2012 anote 0 5 0 3 2 0 1 2. 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 (2010), registre: 9 9 9 9 2 0 1 0.
- Marque 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, registre la dirección según se requiere, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, 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 0, si pesa 1 kilo 300 gramos anote 1 3 0 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. ÉSTE EMBARAZO FUE:** Se clasifica como embarazo complicado aquel en el que 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 palmarcandía se refiere a una piel pálida, amagada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Registre la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas, 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 ésta 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 gr. de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de expulsión o extracción. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda; Provocado, si se realizan maniobras para que suceda; Térmico, si se realiza por prescripción médica. 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 gr. de peso, o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. 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 "S", 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: esposa, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguna".
- 15. 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). 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.  
**PARTE II.** 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:

EL CASO DE LA MUERTE FETAL. Escriba una causa en cada renglón. En cada renglón de tres renglones, una causa materna, fetal, o del producto.		Presencia de causa por atribución (Línea a)		Otro	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Hemorragia intraventricular	Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hipoxia intrauterina	Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Insuficiencia placentaria	Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hipertensión gestacional	Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tabaquismo	Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 23. 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.
- 24. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre, si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- 25. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 25.1 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, sea rentista, etc.
- 26. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. En 26.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que ésta guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 26.
- 27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO.** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no, y de cuántos hayan nacido muertos.
- 28. ¿VIVE LA MADRE?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 28.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 31-38. 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.
- 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Módulo 2012
FOLIO
000000000

(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)
ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

¡LA MUERTE FETAL NO PUEDE CERTIFICARSE POR UNA UNIDAD MÉDICA. EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN ENVOLUPE DADO DE TODOS NUESTROS PROCEDIMIENTOS A TU SUPERIOR.

Formulario with sections: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCCESO, DATOS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE, DATOS DEL CERTIFICANTE, and DATOS DEL CERTIFICANTE. Includes fields for sex, weight, gestational week, cause of death, and medical details.



LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.
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 DANINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL, O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MUSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).**

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción. 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 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 ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de Marzo de 2012 anote (0, 5, 0, 3, 2, 0, 1, 2). Registre incluso información parcial, llenando con "nuevos" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2010), registre: (9, 9, 9, 9, 2, 0, 1, 0).
- Marque el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nuevos" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios, Registre la dirección según se requiere, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, 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:**

- 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.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote (0, 4, 5, 0, 0), si pesa 1 kilo 300 gramos anote (1, 3, 0, 0). No registre con otra unidad de medida (kg = 1000 gramos).
- 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.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquél en el que 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.
- 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, amagada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Registre la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas, 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, 0, 5).
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si ésta 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).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gr. de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de expulsión o extracción, Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda; Provocado, si se realizan maniobras para que suceda; Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. No responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gr. de peso, o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. No responda la pregunta 12.
- ¿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".
- 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). 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.  
**PARTE II.** 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:

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL		Categoría de la causa		Código de la causa	
Descripción de la causa	Debido a, (o como consecuencia de)	Materna	Fetal	Materna	Fetal
Hemorragia intraventricular		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Hipoxia intrauterina		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Insuficiencia placentaria		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Hipertensión gestacional		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tabaquismo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- 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.
- ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre, si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márkelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 25.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laborara 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, sea rentista, etc.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admítase hasta dos respuestas. En 26.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que ésta guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 26.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO.** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no, y de cuántos hayan nacido muertos.
- ¿VIVE LA MADRE?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 28.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 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.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

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