

SECRETARÍA DE SALUD

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

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

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

CONSIDERANDO

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

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

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

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

ACUERDO

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

ANEXO DEL ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS MODELOS DE FORMATOS DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL APROBADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD



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

Mesero 2017
FOLIO
17000001

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

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Viudo(a) <input type="radio"/> _2_ Casado(a) <input type="radio"/> _5_ En unión libre <input type="radio"/> _4_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input type="radio"/> _2_	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ Unidad médica pública <input type="radio"/> _8_ 14.1 Nombre de la unidad médica _____ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad médica privada <input type="radio"/> _9_ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> _10_ Otro lugar <input type="radio"/> _12_ Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados mórbidos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado mórbido que la produjo	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _5_ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> _0_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5_ Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6_ Granja (rancho o parcelo) <input type="radio"/> _7_ Otro <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
DEL INF. 23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil <input type="radio"/> _5_ Otro <input type="radio"/> _6_ *Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____ 27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 28. FIRMA _____ 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

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.
- **De acuerdo a la NOM-036-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.**
- Para el llenado de este Certificado auxilíese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o coctear) 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 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 con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de marzo de 2016 anote **0 5 0 3 2 0 1 6**. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: **9 9 9 2 0 1 0**
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

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

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

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

28. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Este sealar médico de morir: agotado, paro cardíaco, sepsis, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			
a)	Peritonitis aguda	2 días	
Causas antecedentes			
b)	Perforación del duodeno	4 días	
Debido a (o como consecuencia de)			
c)	Úlcera duodenal	3 años	
Debido a (o como consecuencia de)			
d)	Hipertensión arterial	5 años	
PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo			

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

ABREVIATURAS

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



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

Modelo 2017
FOLIO
17000001

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
	5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD			
	8. EDAD CUMPLIDA			9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL			
	11. ESCOLARIDAD			11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTE, ESPECIFIQUE			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE				
	27. NOMBRE		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO				
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
	31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación				

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 el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- **De acuerdo a la NOM-036-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.**
- Para el llenado de este Certificado auxilíese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el 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 con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de marzo de 2016 anote **0 5 0 3 2 0 1 6**. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: **9 9 9 9 2 0 1 0**
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

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

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

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

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Use palabras médicas de morir -ejemplo: paro cardíaco, sepsis, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Clasificación CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Peritonitis aguda	2 días	
b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existen algunos, que produjeron la causa conyugal en la línea superior c) (Debido a (o como consecuencia de))	1) Perforación del duodeno	4 días	
	2) Úlcera duodenal	3 años	
	3) Hipertensión arterial	5 años	
PARTE II Otras lesiones patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbosos que se produjo			

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

ABREVIATURAS

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

17000001

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

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____					
	2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO						
	Día _____ Mes _____ Año _____			Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____						
	5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD						
	_____ Se ignora <input type="radio"/> _99_			Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ Especifique _____						
	8. EDAD CUMPLIDA			8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		9. ESTADO CONYUGAL						
	Para menores de una hora: Minutos _____			_____		Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Viudo(a) <input type="radio"/> _2_ Casado(a) <input type="radio"/> _5_						
	Para menores de un día: Horas _____			8.2 Semanas de gestación: _____		En unión libre <input type="radio"/> _4_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_						
	Para menores de un mes: Días _____					Para menores de un año: Meses _____						
	Para personas de un año o más: Años cumplidos _____					Se ignora <input type="radio"/> _9_						
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL											
	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)											
	10.1 Tipo de vialidad _____			10.2 Nombre de la vialidad _____								
	10.3 Núm. Exterior _____			10.4 Núm. Interior _____			10.5 Tipo de asentamiento humano _____			10.6 Nombre del asentamiento humano _____		
	10.7 Código Postal _____			10.8 Localidad _____			10.9 Municipio o delegación _____			10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		
	11. ESCOLARIDAD											
	Ninguna <input type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_			11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL					
	Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_			Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input type="radio"/> _2_			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_					
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación _____								
	Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_			IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_								
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN												
Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ Unidad médica pública <input type="radio"/> _8_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _9_												
14.1 Nombre de la unidad médica _____												
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____												
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN												
15.1 Tipo de vialidad _____			15.2 Nombre de la vialidad _____									
15.3 Núm. Exterior _____			15.4 Núm. Interior _____			15.5 Tipo de asentamiento humano _____			15.6 Nombre del asentamiento humano _____			
15.7 Código Postal _____			15.8 Localidad _____			15.9 Municipio o delegación _____			15.10 Entidad federativa _____			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN												
Día _____ Mes _____ Año _____			Horas _____ Minutos _____			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
						Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)												
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente												
a) Debido a (o como consecuencia de) _____												
b) Debido a (o como consecuencia de) _____												
c) Debido a (o como consecuencia de) _____												
d) Debido a (o como consecuencia de) _____												
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica												
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo												
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS												
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_			Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_			Código CIE _____			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _5_												
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTE, ESPECIFIQUE												
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
						Vivienda particular <input type="radio"/> _1_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5_			Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6_ Granje (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7_ Otro <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____			22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio									
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			22.7.1 Tipo de vialidad _____			22.7.2 Nombre de la vialidad _____						
22.7.3 Núm. Exterior _____			22.7.4 Núm. Interior _____			22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____			22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____			
22.7.7 Código Postal _____			22.7.8 Localidad _____			22.7.9 Municipio o delegación _____			22.7.10 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE DEL INF.												
Nombre(s) _____			Primer Apellido _____			Segundo Apellido _____			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
25. CERTIFICADA POR												
Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico* <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil* <input type="radio"/> _5_ Otro* <input type="radio"/> _8_ *Especifique _____			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									
			Número de la cédula profesional _____									
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE												
Nombre(s) _____			Primer Apellido _____			Segundo Apellido _____			28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO												
29.1 Tipo de vialidad _____			29.2 Nombre de la vialidad _____			29.3 Núm. Exterior _____			29.4 Núm. Interior _____			
29.5 Tipo de asentamiento humano _____			29.6 Nombre del asentamiento humano _____			29.7 Código Postal _____			30. FECHA DE CERTIFICACION			
29.8 Localidad _____			29.8 Localidad _____			29.8 Localidad _____			Día _____ Mes _____ Año _____			
29.9 Municipio o delegación _____			29.9 Municipio o delegación _____			29.9 Municipio o delegación _____			29.11 Teléfono _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO												
31.1 Acta Núm. _____			31.1 Acta Núm. _____			31.1 Acta Núm. _____			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
31.2 Localidad _____			31.2 Localidad _____			31.2 Localidad _____			32.1 Localidad _____			
31.3 Entidad federativa _____			31.3 Entidad federativa _____			31.3 Entidad federativa _____			32.2 Municipio o delegación _____			
31.4 Día _____			31.4 Día _____			31.4 Día _____			32.3 Entidad federativa _____			
31.4 Mes _____			31.4 Mes _____			31.4 Mes _____			32.4 Día _____			
31.4 Año _____			31.4 Año _____			31.4 Año _____			32.4 Mes _____			
31.4 Año _____			31.4 Año _____			31.4 Año _____			32.4 Año _____			

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 al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- **De acuerdo a la NOM-036-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.**
- Para el llenado de este Certificado auxiliarse con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el 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 con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de marzo de 2016 anote **0 5 0 3 2 0 1 6**. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: **9 9 9 9 2 0 1 0**.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

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

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

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

28. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar medicos de mori -ejemplo: paro cardíaco, sepsis, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Peritonitis aguda Debido a (o como consecuencia de)		2 días	
PARTE II Causas antecedentes Estados morales, si existen algunos, que produjeron la causa conyugal en la línea superior, mencionándose en último lugar la causa básica b) Perforación del duodeno Debido a (o como consecuencia de)	4 días		
	c) Úlcera duodenal Debido a (o como consecuencia de)	3 años	
PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado médico que la produjo d) Hipertensión arterial		5 años	

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

ABREVIATURAS

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

17000001

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

Formulario de certificación de defunción con secciones: 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A), 2. FECHA DE NACIMIENTO, 3. SEXO, 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO, 5. CURP, 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?, 7. NACIONALIDAD, 8. EDAD CUMPLIDA, 9. ESTADO CONYUGAL, 10. RESIDENCIA HABITUAL, 11. ESCOLARIDAD, 12. OCUPACIÓN HABITUAL, 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN, 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN, 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN, 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?, 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?, 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN, 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN, 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante, 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?, 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?, 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE, 22.1 Fue un presunto, 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?, 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión, 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a), 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número, 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, 22.7.1 Tipo de vialidad, 22.7.2 Nombre de la vialidad, 22.7.3 Núm. Exterior, 22.7.4 Núm. Interior, 22.7.5 Tipo de asentamiento humano, 22.7.6 Nombre del asentamiento humano, 22.7.7 Código Postal, 22.7.8 Localidad, 22.7.9 Municipio o delegación, 22.7.10 Entidad federativa, 23. NOMBRE, 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A), 25. CERTIFICADA POR, 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, 27. NOMBRE, 28. FIRMA, 29. DOMICILIO Y TELÉFONO, 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN, 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO, 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO.



17000001

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- **De acuerdo a la NOM-036-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.**
- Para el llenado de este Certificado auxilíese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o cotear) 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 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 con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de marzo de 2016 anote **0 5 0 3 2 0 1 6**. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: **9 9 9 2 0 1 0**
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

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

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

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

28. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar medicos de mori -ejemplo: paro cardíaco, sepsis, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Peritonitis aguda Debido a (o como consecuencia de)		2 días	
Causas antecedentes Estas razones, si existen alguna, que producen la causa conyugal arriba mencionada en otro lugar de causas básicas b) Perforación del duodeno Debido a (o como consecuencia de) c) Úlcera duodenal Debido a (o como consecuencia de)		4 días	
		3 años	
PARTE II Otras razones patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado médico que la produjo Hipertensión arterial		5 años	

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

ABREVIATURAS

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



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

Modelo 2017
FOLIO

17100001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		2. EDAD GESTACIONAL Semanas: _____ Gramos: _____		3. PESO Gramos: _____		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input type="radio"/> _1_ Reproducción asistida <input type="radio"/> _2_ 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> _1_ Gemelar <input type="radio"/> _2_ Tres o más <input type="radio"/> _3_		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 5.2 Total de consultas recibidas: _____																										
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> _1_ Complicado <input type="radio"/> _2_		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> _1_ Durante el parto <input type="radio"/> _2_		7.1 Estado de la piel del producto: Fresca (Normal) <input type="radio"/> _1_ Macerada <input type="radio"/> _2_		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____ Minutos: _____																										
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Tipo de vialidad: _____ 9.2 Nombre de la vialidad: _____ 9.3 Núm. Exterior: _____ 9.4 Núm. Interior: _____ 9.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 9.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 9.7 Código Postal: _____ 9.8 Localidad: _____ 9.9 Municipio o delegación: _____ 9.10 Entidad federativa: _____																																		
10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _9_ Vía pública <input type="radio"/> _10_ Otro lugar <input type="radio"/> _12_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_ 10.1 Nombre de la unidad médica: _____ Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____																																		
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> _1_ Otro médico <input type="radio"/> _5_ Enfermera <input type="radio"/> _2_ Partera <input type="radio"/> _3_ Otro <input type="radio"/> _4_ Se ignora <input type="radio"/> _9_					12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> _1_ Provocado <input type="radio"/> _2_ Terapéutico <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_																													
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> _5_ Cesárea <input type="radio"/> _1_ Fórceps <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ Otro <input type="radio"/> _4_ *Especifique _____					14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 14.2 ¿Anoto la relación que tiene el presunto agresor con la madre? _____		15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO a) _____ b) _____																											
16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.) <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Especifique si la causa fue:</th> <th colspan="2">Código CIE</th> </tr> <tr> <th>MATERNAL</th> <th>FETAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Condición fetal o materna que causó directamente la muerte Debido a (o como consecuencia de) _____</td> <td><input type="radio"/>_1_</td> <td><input type="radio"/>_2_</td> </tr> <tr> <td>b) Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica Debido a (o como consecuencia de) _____</td> <td><input type="radio"/>_1_</td> <td><input type="radio"/>_2_</td> </tr> <tr> <td>c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____</td> <td><input type="radio"/>_1_</td> <td><input type="radio"/>_2_</td> </tr> <tr> <td>d) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____</td> <td><input type="radio"/>_1_</td> <td><input type="radio"/>_2_</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo</td> <td><input type="radio"/>_1_</td> <td><input type="radio"/>_2_</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><input type="radio"/>_1_</td> <td><input type="radio"/>_2_</td> </tr> </tbody> </table>										Especifique si la causa fue:	Código CIE		MATERNAL	FETAL	a) Condición fetal o materna que causó directamente la muerte Debido a (o como consecuencia de) _____	<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_	b) Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica Debido a (o como consecuencia de) _____	<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_	c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_	d) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_	PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo		<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_			<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_
Especifique si la causa fue:	Código CIE																																	
	MATERNAL	FETAL																																
a) Condición fetal o materna que causó directamente la muerte Debido a (o como consecuencia de) _____	<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_																																
b) Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica Debido a (o como consecuencia de) _____	<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_																																
c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_																																
d) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_																																
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo		<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_																															
		<input type="radio"/> _1_	<input type="radio"/> _2_																															
17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____																																		
18. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____																																		
19. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_						20. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique: _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_																												
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		22. EDAD (Años) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_		23. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4_ Separada <input type="radio"/> _6_ Divorciada <input type="radio"/> _3_ Viuda <input type="radio"/> _2_ Soltera <input type="radio"/> _1_ Casada <input type="radio"/> _5_ Se ignora <input type="radio"/> _9_																														
24. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre 24.1 Tipo de vialidad: _____ 24.2 Nombre de la vialidad: _____ 24.3 Núm. Exterior: _____ 24.4 Núm. Interior: _____ 24.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 24.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 24.7 Código Postal: _____ 24.8 Localidad: _____ 24.9 Municipio o delegación: _____ 24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____ 24.11 Teléfono: _____																																		
25. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ 25.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input type="radio"/> _2_					26. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> _99_ 26.1 Trabaja actualmente: Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_																													
27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_					28. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_																													
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS) 29.1 Nacidos Muertos (as): _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_ 29.2 Nacidos Vivos (as): _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_ 29.3 Sobrevivientes: _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_					30. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ 30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____																													
31. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____					32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_																													
33. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico* <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil* <input type="radio"/> _5_ Otro* <input type="radio"/> _8_ *Especifique _____					34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____																													
35. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____																																		
36. DOMICILIO 36.1 Tipo de vialidad: _____ 36.2 Nombre de la vialidad: _____ 36.3 Núm. Exterior: _____ 36.4 Núm. Interior: _____ 36.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 36.7 Código Postal: _____ 36.8 Localidad: _____ 36.9 Municipio o delegación: _____ 36.10 Entidad federativa: _____																																		
37. TELÉFONO _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_					38. FIRMA _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_		39. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____																											

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

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 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 donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1 6 | 0 5].
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿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. Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo:*

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Indicar una sola causa en cada renglón; sólo escribir modo de morir, ejemplo: paro cardíaco, sepsis, etc.)		Especificar si la causa fue:		Código CIE
		Materna	Fetal	
PARTE I	Condición fetal o materna que causó directamente la muerte	a)		
	Debido a (o como consecuencia de)			
	Hemorragia intraventricular		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
	Hipoxia intrauterina		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
	Insuficiencia placentaria		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Hipertensión gestacional		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PARTE II	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 produjo	b)		
	Tabaquismo		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		c)		
			<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 la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS).** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha estén vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
- ¿VIVE LA MADRE?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 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 Relacionadas con la Salud.



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

Modelo 2017
FOLIO

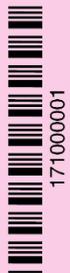
171000001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO		1. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		2. EDAD GESTACIONAL Semanas: _____ Gramos: _____		3. PESO Gramos: _____		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input type="radio"/> _1 Reproducción asistida <input type="radio"/> _2 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> _1 Gemelar <input type="radio"/> _2 Tres o más <input type="radio"/> _3		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 5.2 Total de consultas recibidas: _____			
		6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> _1 Complicado <input type="radio"/> _2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> _1 Durante el parto <input type="radio"/> _2		7.1 Estado de la piel del producto: Fresca (Normal) <input type="radio"/> _1 Macerada <input type="radio"/> _2		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____ Minutos: _____			
DATOS DE LA MUERTE FETAL		9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Tipo de vialidad: _____ 9.2 Nombre de la vialidad: _____ 9.3 Núm. Exterior: _____ 9.4 Núm. Interior: _____ 9.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 9.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 9.7 Código Postal: _____ 9.8 Localidad: _____ 9.9 Municipio o delegación: _____ 9.10 Entidad federativa: _____		10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _3 PEMEX <input type="radio"/> _5 SEMAR <input type="radio"/> _7 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _6 Otra unidad pública <input type="radio"/> _8 10.1 Nombre de la unidad médica: _____ 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ Vía pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99		11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> _1 Otro médico <input type="radio"/> _5 Enfermera <input type="radio"/> _2 Partera <input type="radio"/> _3 Otro <input type="radio"/> _4 Se ignora <input type="radio"/> _9		12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> _1 Provocado <input type="radio"/> _2 Terapéutico <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9		13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> _5 Cesárea <input type="radio"/> _1 Fórceps <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 Otro <input type="radio"/> _4 *Especifique: _____		14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 14.2 ¿Anoté la relación que tiene el presunto agresor con la madre? _____	
		15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO a) _____ b) _____		16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.) PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo		17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____ Especifique si la causa fue: MATERNAL FETAL a) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 b) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 c) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 d) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 e) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 f) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2							
DATOS DE LA MADRE		18. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____		19. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> _99		20. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique: _____ Se ignora <input type="radio"/> _9		21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		22. EDAD (Años) _____		23. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4 Separada <input type="radio"/> _6 Divorciada <input type="radio"/> _3 Viuda <input type="radio"/> _2 Soltera <input type="radio"/> _1 Casada <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9	
		24. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre 24.1 Tipo de vialidad: _____ 24.2 Nombre de la vialidad: _____ 24.3 Núm. Exterior: _____ 24.4 Núm. Interior: _____ 24.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 24.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 24.7 Código Postal: _____ 24.8 Localidad: _____ 24.9 Municipio o delegación: _____ 24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____ 24.11 Teléfono: _____		25. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99 25.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input type="radio"/> _2		26. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 26.1 Trabaja actualmente: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9							
DATOS DEL CERTIFICANTE		27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _3 SEDENA <input type="radio"/> _5 Seguro Popular <input type="radio"/> _7 Otra <input type="radio"/> _8 IMSS <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _9		28. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99		29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS) 29.1 Nacidos Muertos (as): _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 29.2 Nacidos Vivos (as): _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 29.3 Sobrevivientes: _____ Se ignora <input type="radio"/> _99		30. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____			
		31. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____		32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO _____		33. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1 Otro médico* <input type="radio"/> _3 Autoridad civil* <input type="radio"/> _5 Médico legista <input type="radio"/> _2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4 Otro* <input type="radio"/> _9 *Especifique: _____		34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____					
35. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____		36. DOMICILIO 36.1 Tipo de vialidad: _____ 36.2 Nombre de la vialidad: _____ 36.3 Núm. Exterior: _____ 36.4 Núm. Interior: _____ 36.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 36.7 Código Postal: _____ 36.8 Localidad: _____ 36.9 Municipio o delegación: _____ 36.10 Entidad federativa: _____		37. TELÉFONO _____		38. FIRMA _____		39. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____					

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



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

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

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 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 donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1 6 | 0 5].
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿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. Como ayuda 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:*

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Indicar una sola causa en cada renglón; sólo señalar modo de nacimiento (ejemplo: parto vaginal, cesárea, etc.))		Especificar la causa que contribuyó a la muerte fetal		Código CIE	
		14	13	12	11
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte: a) Hemorragia intraventricular Debido a (o como consecuencia de): b) Hipoxia intrauterina Debido a (o como consecuencia de): c) Insuficiencia placentaria Debido a (o como consecuencia de): d) Hipertensión gestacional e) Tabaquismo		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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"/>
PARTE II 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 produjo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input 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 la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS).** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha estén vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
- ¿VIVE LA MADRE?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 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 Relacionadas con la Salud.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLÉNESE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Modelo 2017
FOLIO

17100001

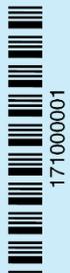
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

1. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		2. EDAD GESTACIONAL Semanas: _____ Gramos: _____		3. PESO Gramos: _____		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input type="radio"/> _1 Reproducción asistida <input type="radio"/> _2 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> _1 Gemelar <input type="radio"/> _2 Tres o más <input type="radio"/> _3		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 5.2 Total de consultas recibidas: _____													
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> _1 Complicado <input type="radio"/> _2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> _1 Durante el parto <input type="radio"/> _2		7.1 Estado de la piel del producto: Fresca (Normal) <input type="radio"/> _1 Macerada <input type="radio"/> _2 7.2 ¿Se practicó necropsia?: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____ Minutos: _____															
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Tipo de vialidad: _____ 9.2 Nombre de la vialidad: _____ 9.3 Núm. Exterior: _____ 9.4 Núm. Interior: _____ 9.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 9.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 9.7 Código Postal: _____ 9.8 Localidad: _____ 9.9 Municipio o delegación: _____ 9.10 Entidad federativa: _____																					
10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _3 PEMEX <input type="radio"/> _5 SEMAR <input type="radio"/> _7 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _6 Otra unidad pública <input type="radio"/> _8 10.1 Nombre de la unidad médica: _____ 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ Via pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99																					
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> _1 Otro médico <input type="radio"/> _5 Enfermera <input type="radio"/> _2 Partera <input type="radio"/> _3 Otro <input type="radio"/> _4 Se ignora <input type="radio"/> _9					12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> _1 Provocado <input type="radio"/> _2 Terapéutico <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9																
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> _5 Cesárea <input type="radio"/> _1 Fórceps <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 Otro <input type="radio"/> _4 *Especifique: _____					14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre?: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 14.2 ¿Anoté la relación que tiene el presunto agresor con la madre?: _____																
15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO a) _____ b) _____																					
16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Especifique si la causa fue:</th> <th style="width: 10%;">MATERNA</th> <th style="width: 10%;">FETAL</th> <th style="width: 10%;">Código CIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ </td> <td style="text-align: center;"> 1.a <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 1.b <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 1.c <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 1.d <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 </td> <td style="text-align: center;"> 1.a <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 1.b <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 1.c <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 1.d <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td> PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo </td> <td style="text-align: center;"> II.1 <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 II.2 <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 </td> <td style="text-align: center;"> II.1 <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 II.2 <input type="radio"/>_1 <input type="radio"/>_2 </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </tbody> </table>										Especifique si la causa fue:	MATERNA	FETAL	Código CIE	PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____	1.a <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.b <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.c <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.d <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2	1.a <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.b <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.c <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.d <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2		PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo	II.1 <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 II.2 <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2	II.1 <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 II.2 <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2	
Especifique si la causa fue:	MATERNA	FETAL	Código CIE																		
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____	1.a <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.b <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.c <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.d <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2	1.a <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.b <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.c <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 1.d <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2																			
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo	II.1 <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 II.2 <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2	II.1 <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 II.2 <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2																			
Uso exclusivo del personal codificador 17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____																					
18. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____																					
19. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> _99					20. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique: _____ Se ignora <input type="radio"/> _9																
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		22. EDAD (Años) _____		23. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4 Separada <input type="radio"/> _5 Divorciada <input type="radio"/> _3 Viuda <input type="radio"/> _2 Soltera <input type="radio"/> _1 Casada <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9																	
24. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre 24.1 Tipo de vialidad: _____ 24.2 Nombre de la vialidad: _____ 24.3 Núm. Exterior: _____ 24.4 Núm. Interior: _____ 24.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 24.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 24.7 Código Postal: _____ 24.8 Localidad: _____ 24.9 Municipio o delegación: _____ 24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____ 24.11 Teléfono: _____																					
25. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99 25.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input type="radio"/> _2					26. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 26.1 Trabaja actualmente: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _99																
27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _3 SEMAR <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _5 Seguro Popular <input type="radio"/> _7 Otra <input type="radio"/> _8 Se ignora <input type="radio"/> _99																					
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS) 29.1 Nacidos Muertos (as): _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 29.2 Nacidos Vivos (as): _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 29.3 Sobrevivientes: _____ Se ignora <input type="radio"/> _99					30. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____																
DEL INFANTE 31. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____					32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO _____																
33. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1 Médico legista <input type="radio"/> _2 Otro médico* <input type="radio"/> _3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4 Autoridad civil* <input type="radio"/> _5 Otro* <input type="radio"/> _6 *Especifique: _____					34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____																
35. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____																					
36. DOMICILIO 36.1 Tipo de vialidad: _____ 36.2 Nombre de la vialidad: _____ 36.3 Núm. Exterior: _____ 36.4 Núm. Interior: _____ 36.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 36.7 Código Postal: _____ 36.8 Localidad: _____ 36.9 Municipio o delegación: _____ 36.10 Entidad federativa: _____																					
37. TELÉFONO _____					38. FIRMA _____		39. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____														

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

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

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 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 donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1 6 | 0 5].
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿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. Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo:*

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón; utilice sentido de mano derecha para círculos, asterisco, etc.)		Especifique si la causa fue:		Código CIE	
		MATERNAL	FETAL		
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a)	Hemorragia intraventricular	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Debido a (o como consecuencia de)				
	Hipoxia intrauterina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Debido a (o como consecuencia de)				
b)	Insuficiencia placentaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Debido a (o como consecuencia de)				
c)	Hipertensión gestacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Debido a (o como consecuencia de)				
d)	Tabaquismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Debido a (o como consecuencia de)				

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

ABREVIATURAS

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



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

Modelo 2017
FOLIO
17100001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO		1. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		2. EDAD GESTACIONAL Semanas: _____ Gramos: _____		3. PESO Gramos: _____		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input type="radio"/> _1 Reproducción asistida <input type="radio"/> _2 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> _1 Gemelar <input type="radio"/> _2 Tres o más <input type="radio"/> _3		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 5.2 Total de consultas recibidas: _____					
		6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> _1 Complicado <input type="radio"/> _2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> _1 Durante el parto <input type="radio"/> _2		7.1 Estado de la piel del producto: Fresca (Normal) <input type="radio"/> _1 Macerada <input type="radio"/> _2		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____ Minutos: _____					
DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO		9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Tipo de vialidad: _____ 9.2 Nombre de la vialidad: _____ 9.3 Núm. Exterior: _____ 9.4 Núm. Interior: _____ 9.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 9.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 9.7 Código Postal: _____ 9.8 Localidad: _____ 9.9 Municipio o delegación: _____ 9.10 Entidad federativa: _____		10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _3 PEMEX <input type="radio"/> _5 SEMAR <input type="radio"/> _7 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _6 Otra unidad pública <input type="radio"/> _8 10.1 Nombre de la unidad médica: _____ 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ Vía pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99		11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> _1 Otro médico <input type="radio"/> _5 Enfermera <input type="radio"/> _2 Partera <input type="radio"/> _3 Otro <input type="radio"/> _4 Se ignora <input type="radio"/> _9		12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> _1 Provocado <input type="radio"/> _2 Terapéutico <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9		13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> _5 Cesárea <input type="radio"/> _1 Forceps <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 Otro <input type="radio"/> _4 *Especifique: _____		14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 14.2 ¿Anoté la relación que tiene el presunto agresor con la madre? _____			
		15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO a) _____ b) _____		16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.) PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo		Especifique si la causa fue: MATERNAL FETAL a) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 b) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 c) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 d) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 e) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2 f) <input type="radio"/> _1 <input type="radio"/> _2		Código CIE: _____ Uso exclusivo del personal codificador							
DATOS DE LA MADRE		17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____		18. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____		19. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> _99		20. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique: _____ Se ignora <input type="radio"/> _9		21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		22. EDAD (Años) _____		23. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4 Separada <input type="radio"/> _5 Divorciada <input type="radio"/> _3 Viuda <input type="radio"/> _2 Soltera <input type="radio"/> _1 Casada <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9	
		24. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre 24.1 Tipo de vialidad: _____ 24.2 Nombre de la vialidad: _____ 24.3 Núm. Exterior: _____ 24.4 Núm. Interior: _____ 24.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 24.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 24.7 Código Postal: _____ 24.8 Localidad: _____ 24.9 Municipio o delegación: _____ 24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____ 24.11 Teléfono: _____		25. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99 25.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input type="radio"/> _2		26. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 26.1 Trabaja actualmente: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _99		27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _3 SEDENA <input type="radio"/> _5 Seguro Popular <input type="radio"/> _7 Otra <input type="radio"/> _8 IMSS <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99		28. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99					
DATOS DEL CERTIFICANTE		29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS) 29.1 Nacidos Muertos (as): _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 29.2 Nacidos Vivos (as): _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 29.3 Sobrevivientes: _____ Se ignora <input type="radio"/> _99		30. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____		31. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____		32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO _____		33. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1 Médico legista <input type="radio"/> _2 Otro médico* <input type="radio"/> _3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4 Autoridad civil <input type="radio"/> _5 Otro* <input type="radio"/> _9 *Especifique: _____		34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____	
		35. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____		36. DOMICILIO 36.1 Tipo de vialidad: _____ 36.2 Nombre de la vialidad: _____ 36.3 Núm. Exterior: _____ 36.4 Núm. Interior: _____ 36.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 36.7 Código Postal: _____ 36.8 Localidad: _____ 36.9 Municipio o delegación: _____ 36.10 Entidad federativa: _____		37. TELÉFONO _____		38. FIRMA _____		39. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____					

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



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

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

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 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 donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1 6 | 0 5].
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿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).

PARTE II. Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo:*

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Indicar una sola causa en cada renglón; véase también modo de marcar ejemplo: para cardíaco, sistema, etc.)		Especifique si la causa fue:		Código CIE		
		Materna	Fetal			
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte: a)	Hemorragia intraventricular	0	1			
	Debido a (o como consecuencia de):					
	Hipoxia intrauterina	0	1			
	Debido a (o como consecuencia de):					
Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa de muerte o contribuyeron a ella: b)	Insuficiencia placentaria	0	1			
	Debido a (o como consecuencia de):					
c)	Hipertensión gestacional	0	1			
	Debido a (o como consecuencia de):					
PARTE II 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 produjo: d)	Tabaquismo	0	1			
	Debido a (o como consecuencia de):					

- 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 la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS).** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
- ¿VIVE LA MADRE?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 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 Relacionadas con la Salud.