

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal.

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

JORGE CARLOS ALCOCER VARELA, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 104, fracción I, 106, 389, fracciones II y III, 391 y 392 de la Ley General de Salud; 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 7, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, así como el punto 12.2.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, prevé en la Estrategia Nacional II Política Social, el Objetivo Salud para toda la población, el cual busca asegurar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos;

Que el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, establece el Objetivo prioritario 3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS), especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos; la Estrategia prioritaria 3.4 Modernizar el sistema de información y comunicación con el propósito de garantizar información confiable y oportuna que facilite las decisiones en política pública, anticipe las necesidades de la población y favorezca la pertinencia cultural en los servicios brindados en el SNS; las acciones puntuales 3.4.3 Fortalecer los mecanismos para la identificación y registro de datos personales, que consideren las disposiciones de la legislación vigente, que se evite la duplicidad de registros y favorezca el acceso y manejo de la información y 3.4.4 Articular los sistemas de información y comunicación existentes en el sector para procurar su unificación, conservación y aprovechamiento, especialmente para la conformación de plataformas y bases de datos confiables;

Que el artículo 104 de la Ley General de Salud prevé que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y de conformidad con la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, captarán, producirán y procesarán la información relativa a las estadísticas de mortalidad, entre otras, a fin de integrarlas al proceso de planeación, programación, presupuestación y control del SNS y con ello contribuir a la consolidación de un sistema nacional de información en salud;

Que el artículo 106 de la Ley General de Salud dispone que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios y las autoridades de las comunidades indígenas cuando proceda, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que generen y manejen la información de mortalidad, deberán suministrarla a la Secretaría de Salud, con la periodicidad y en los términos que ésta señale, para la elaboración de las estadísticas nacionales para la salud;

Que los artículos 389, fracciones II y III, 391 y 392 de la Ley General de Salud, así como el artículo 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 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 ha sido modificado por los diversos publicados en dicho medio de difusión oficial el 29 de diciembre de 2011, 6 de febrero de 2015 y el 26 de diciembre de 2017, respectivamente;

Que el punto 12.2.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud, prevé 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 (DGIS) la cual, quinquenalmente, de conformidad con las necesidades del SNS y disposiciones jurídicas aplicables, determina sus modificaciones y actualizaciones;

Que el punto 12.2.12 de la referida Norma, dispone que la integración de la información de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal en su versión impresa y/o electrónica se realiza en el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), de conformidad con los términos, procedimientos y protocolos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS;

Que en la Primera Reunión Extraordinaria y la Segunda Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud, celebradas el 12 de julio de 2021, se discutieron y aprobaron las modificaciones del certificado de defunción y muerte fetal para el modelo 2022, con la finalidad de actualizar los contenidos que permitan fortalecer la calidad de la información en salud que se genera con los mismos, y

Que en la Tercera Reunión Ordinaria del Órgano Colegiado citado en el párrafo que antecede, celebrada el 5 de septiembre de 2021, se aprobó la representación impresa del certificado electrónico de defunción, a efecto de incluirlo en el presente instrumento, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LOS FORMATOS DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL

Artículo Primero. La Secretaría de Salud da a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de defunción y de muerte fetal, establecidos en los Anexos 1 y 2 del presente Acuerdo.

Artículo Segundo. Toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional se hará constar, según sea el caso, conforme lo establecido en el presente Acuerdo, ya sea en su versión impresa o electrónica.

Dichos certificados tendrán plena validez cuando sean emitidos con sujeción a lo dispuesto por este Acuerdo y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo Tercero. El certificado de defunción y de muerte fetal deberán ser expedidos por profesionales de la medicina o personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente, una vez comprobado el fallecimiento y determinadas las causas que lo provocaron, de conformidad con las normas técnicas aplicables.

Artículo Cuarto. El certificado de defunción y de muerte fetal en su versión impresa, se expedirán en original en hoja blanca y tres copias en hojas rosa, azul y verde, mismas que se sujetarán a lo siguiente:

- I. El original y las copias rosa y azul, se entregarán a la interesada/o con la instrucción de que sean entregadas a la Oficina del Registro Civil que corresponda, para obtener el Acta de Defunción y permiso de inhumación en caso de una defunción, o para tramitar el permiso de inhumación en caso de una muerte fetal.
- II. El Registro Civil entregará el original a las Secretarías de Salud de las entidades federativas, la hoja rosa al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), quedándose para su resguardo con la hoja azul.
- III. La copia verde del certificado de defunción o de muerte fetal, deberá conservarse en el establecimiento para la atención médica en el que se haya expedido, a efecto de integrar la información de mortalidad que corresponda y su integración al expediente clínico de la persona fallecida, para el caso de una defunción, o en el de la madre, si se trata de muerte fetal. En caso de que el certificado de defunción o de muerte fetal haya sido expedido fuera de un establecimiento para la atención médica, el médico o la persona autorizada por la Secretaría de Salud deberá remitir la copia verde a la jurisdicción sanitaria que corresponda, en un plazo no mayor de diez días hábiles, contados a partir del día siguiente a la fecha de su expedición.

IV. En caso de que el certificado de defunción o de muerte fetal no sea reclamado, el médico o la persona autorizada por la Secretaría de Salud que lo expidió, deberá remitir el certificado original y las copias a la Secretaría de Salud de la entidad federativa donde ocurrió el hecho.

V. En caso de defunciones certificadas por los servicios médicos forenses, su distribución se ajustará a lo siguiente:

V.1 Se proporcionará a la interesada/o el original y la copia azul con la instrucción de que sean entregadas a la Oficina del Registro Civil que corresponda, para obtener el acta de defunción y el permiso de inhumación.

V.2 Se retendrá la copia rosa a efecto de entregarla al INEGI, independientemente de que el cadáver haya sido reclamado o no.

V.3 En todos los tantos se asentará el sello oficial de la institución a la que pertenece el médico forense como constancia de que la copia rosa del certificado fue retenida.

Artículo Quinto. La versión electrónica de los certificados de defunción y de muerte fetal, se sujetará a lo siguiente:

I. Se expedirá a través de un sistema electrónico único y exclusivo que formará parte del SEED, el cual será establecido y administrado por la DGIS conforme al procedimiento que para tal efecto dé a conocer, mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación.

El certificado electrónico de defunción y de muerte fetal podrá tener una representación impresa, misma que deberá entregarse a la interesada/o con la indicación de que sea entregada en el Registro Civil al momento de obtener el Acta de Defunción y el permiso de inhumación en el caso de una defunción, o el permiso de inhumación en el caso de una muerte fetal, de conformidad con lo establecido en el artículo anterior.

II. La representación impresa del certificado electrónico de defunción y de muerte fetal, surtirá plenos efectos cuando su contenido sea validado conforme al procedimiento a que se refiere la fracción I del presente artículo.

Artículo Sexto. Cualquier variación dolosa entre los hechos ocurridos y lo asentado en el certificado de defunción y de muerte fetal, podrá ser objeto de sanción, conforme a las disposiciones vigentes aplicables.

Artículo Séptimo. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud deberán capacitar permanentemente al personal responsable para el correcto llenado el certificado de defunción y de muerte fetal en su versión física y electrónica, de conformidad con las disposiciones jurídicas que para tal efecto emita la DGIS.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del 1° de enero de 2022.

SEGUNDO. El presente Acuerdo deja sin efectos el Acuerdo 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; así como sus Acuerdos modificatorios publicados en el mismo órgano de difusión oficial los días 29 de diciembre de 2011, 06 de febrero de 2015 y 26 de diciembre de 2017.

No obstante, los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal dados a conocer mediante el Acuerdo que modifica el Anexo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, publicado el 30 de enero de 2009, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de diciembre de 2017, se podrán seguir utilizando hasta agotar su existencia.

TERCERO. La Secretaría de Salud por conducto de la DGIS, emitirá el procedimiento a que se refiere el Artículo Quinto del presente Acuerdo, el cual será publicado en el Diario Oficial de la Federación dentro de los ciento ochenta días posteriores a la entrada en vigor del presente Acuerdo.

Dado en la Ciudad de México, a los catorce días de diciembre de dos mil veintiuno.- El Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela.**- Rúbrica.

ANEXO 1 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



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

MARZO 2022
FOLIO

999999999

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

Formulario de Certificación de Defunción con secciones: DE LA (DEL) FALLECIDO(A), DEL INF., DE LA DEFUNCIÓN, ACCIDENTAL O VIOLENTA, DE LA (DEL) CERTIFICANTE, and DEL REG. CIVIL. Incluye campos para nombre, fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, causas de defunción, y datos de registro.

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 una (un) médica/o, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.27 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 de la (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 de la (del) fallecido/a. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a 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 (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía 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 contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A.** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecido/a sea una (un) recién nacido/a sin Acta de Nacimiento, escribir "Recién Nacido/a" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecido/a. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
- ¿SE LE RECONOCIÓ COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecido/a se autoreconociera como afroamericana/o.
- ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecido/a se reconociera como indígena de acuerdo a su cultura.
- ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecido/a hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que la (el) fallecido/a vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo*: 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.
Para menores de 28 días de nacido/a: 10.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9 recuadros. 10.2 Anote las semanas de gestación y 10.3 Anote el peso al nacer en gramos.
- SITUACIÓN CONYUGAL.** Situación de la (del) 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 la (el) fallecido/a. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- 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 la (del) fallecido/a y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo*: obrera/o, maestra/o, etc. En 14.1 marque la opción "Sí" cuando la (el) 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 la (el) fallecido/a se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, jubilado/a, rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado/a la (el) fallecido/a. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la (el) fallecido/a no tenía afiliación a servicios de salud.
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- 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 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, revisar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote 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].
- ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, avise inmediatamente a la autoridad civil.
- TIPO DE DEFUNCIÓN.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.
- 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 defunción, 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 defunción, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo*:

27. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción.	Una vez registrado el personal codificará el Código CIE
PARTE I	a) Peritonitis aguda Debido a (o como consecuencia de)	2 días	
	b) Perforación del duodeno Debido a (o como consecuencia de)	4 días	
	c) Úlcera duodenal Debido a (o como consecuencia de)	3 años	
	d)		
PARTE II. Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción.	Hipertensión arterial 5 años (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)		

- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 28.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 28.2 y 28.3.
- LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
- RELACION DE LA (DEL) PRESUNTO/A AGRESOR/A OR CON LA (EL) FALLECIDO/A.** Anote la relación que tenía la (el) presunto/a agresor/a con la (el) fallecido/a. Si la defunción es un presunto homicidio, escriba el parentesco con la (el) fallecido/a de la (del) presunto/a responsable, *ejemplo*: esposa/o, 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 CAUSA EXTERNA.** 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.
- DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique el nombre de la carretera y el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que la (lo) identifique. En el caso de ser una (un) médica/o pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos/as, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma de la (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, por ningún motivo debe dejarse sin información.

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



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

Modelo 2022
FOLIO

999999999

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

Formulario de certificación de defunción con secciones: DE LA (DEL) FALLECIDO(A), DEL DEFUNTO(A), DE LA DEFUNCIÓN, ACCIDENTAL O VIOLENTA, DE LA (DEL) CERTIFICANTE, and DEL REG. CIVIL. Incluye campos para nombre, fecha de nacimiento, sexo, entidad de nacimiento, CURP, nacionalidad, escolaridad, ocupación, domicilio, causas de defunción, y datos del certificante.

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 una (un) médica/o, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
Para el llenado de este Certificado auxíliense con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la (del) fallecida/o, 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 de la (del) fallecida/o. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a 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 (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía 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 contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o emendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O. Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecida/o sea una (un) recién nacida/o sin Acta de Nacimiento, escribir "Recién Nacida/o" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecida/o. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Marque con una "X" la opción "Si" en caso de que la (el) fallecida/o se autoreconocía como afroamericana/o.
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Si" en caso de que la (el) fallecida/o se reconocía como indígena de acuerdo a su cultura.
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Si" en caso de que la (el) fallecida/o hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Si".
10. 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 la (el) fallecida/o 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.
Para menores de 28 días de nacido/a: 10.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9 recuadros. 10.2 Anote las semanas de gestación y 10.3 Anote el peso al nacer en gramos.
11. SITUACIÓN CONYUGAL. Situación de la (del) fallecida/o 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".
12. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecida/o. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
13. 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 la (del) fallecida/o y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
14. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera/o, maestra/o, etc. En 14.1 marque la opción "Si" cuando la (el) fallecida/o contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que probara o no ingresos. Marque "No" cuando la (el) fallecida/o se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los (los) hijos/as, a estudiar, jubilado/a, rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliada/o la (el) fallecida/o. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la (el) fallecida/o no tenía afiliación a servicios de salud.
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
19. 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 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. Para el registro de la fecha, revisar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote 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].
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si la muerte fue accidental o violenta, avise inmediatamente a la autoridad civil.
25. TIPO DE DEFUNCIÓN. No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.
26. 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 defunción, 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 aparece en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que va a registrar debajo de ella.
PARTE II: Cuando aplica, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la defunción, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

Table with 3 columns: Causa (a-d), Intervalo aproximado (b), and Código CIE (c). Rows include Peritonitis aguda (2 días), Perforación del duodeno (4 días), Úlcera duodenal (3 años), and Hipertensión arterial (5 años).

- 27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuesta. Marque en 28.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 28.2 y 28.3.
32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA). Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTA/O AGRESORA/OR CON LA (EL) FALLECIDA/O. Anote la relación que tenía la (el) presunta/o agresora/or con la (el) fallecida/o. Si la defunción es un presunto homicidio, escriba el parentesco con la (el) fallecida/o de la (del) presunta/o responsable, ejemplo: esposa/o, padre, madre, concubina/o. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA CAUSA EXTERNA. 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, atropellada/o por un autobús al cruzar la avenida.
36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA). Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique el nombre de la carretera y el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
37-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que la (lo) identifique. En el caso de ser una (un) médica/o pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicas/os, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS
CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NLM: Número. REG: Registro. CURP: Clave Única de Registro de Población.



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

Modelo 2022
FOLIO

999999999

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

Formulario de certificación de defunción con secciones: DE LA (DEL) FALLECIDO(A), DEL INT., DE LA DEFUNCIÓN, ACCIDENTAL O VIOLENTA, DE LA (DEL) CERTIFICANTE, and REC. CIVIL. Includes fields for personal data, cause of death, and registration details.

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por una (un) médica/o, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
• De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
• Para el llenado de este Certificado auxiliarse con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la (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 de la (del) fallecido/a. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un período no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
• Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
• Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
• En los campos de Fecha, el orden de registro es día, mes y año. Complete con 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 (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía 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 contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A. Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecido/a sea una (un) recién nacido/a sin Acta de Nacimiento, escribir "Recién Nacido/a" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecido/a. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecido/a se autoreconocía como afroamericana/o.
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecido/a se reconocía como indígena de acuerdo a su cultura.
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecido/a hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
10. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en el caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que la (el) 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. Para menores de 28 días de nacido/a: 10.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9 recuadros, 10.2. Anote las semanas de gestación y 10.3. Anote el peso al nacer en gramos.
11. SITUACIÓN CONYUGAL. Situación de la (del) 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".
12. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecido/a. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
13. 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 la (del) fallecido/a y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
14. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero/a, maestro/a, etc. En 14.1 marque la opción "Sí" cuando la (el) 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 la (el) fallecido/a se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, jubilado/a, rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado/a la (el) fallecido/a. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la (el) fallecido/a no tenía afiliación a servicios de salud.
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
19. 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 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. Para el registro de la fecha, revisar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote 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].
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si la muerte fue accidental o violenta, avise inmediatamente a la autoridad civil.
25. TIPO DE DEFUNCIÓN. No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.
26. 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 defunción, 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 anota 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 defunción, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

Table with 3 columns: 'Causa de defunción', 'Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción', and 'Código CIE'. Rows include: Peritonitis aguda (2 días), Perforación del duodeno (4 días), Úlcera duodenal (3 años), Hipertensión arterial 5 años.

- 27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 28.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 28.2 y 28.3.
32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA). Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
34. RELACION DE LA (DEL) PRESUNTO/A AGRESOR/A O CON LA (EL) FALLECIDO/A. Anote la relación que tenía la (el) presunto/a agresor/a con la (el) fallecido/a. Si la defunción es un presunto homicidio, escriba el parentesco con la (el) fallecido/a de la (del) presunto/a responsable, ejemplo: esposa/o, padre, madre, concubino/a. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA CAUSA EXTERNA. 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.
36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA). Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique el nombre de la carretera y el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
37-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que la (lo) identifique. En el caso de ser una (un) médica/o pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicas/os, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

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



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

Modelo 2022
FOLIO

999999999

*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: DE LA (DEL) FALLECIDO/A, DEL INF., DE LA DEFUNCIÓN, ACCIDENTAL O VIOLENTA, y DE LA (DEL) CERTIFICANTE. Incluye campos para datos personales, médicos, familiares y de registro.

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 una (un) médica/o, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la (del) fallecida/o, 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 de la (del) fallecida/o. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a 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), usanco 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 (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía 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 contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o emendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O.** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecida/o sea una (un) recién nacida/o sin Acta de Nacimiento, escribir "Recién Nacida/o" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
- 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecida/o. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
- 6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se autoreconocía como afroamericana/o.
- 7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se reconocía como indígena de acuerdo a su cultura.
- 8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- 10. 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 la (el) fallecida/o 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. Para menores de 28 días de nacido/a: 10.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9 recuadros. 10.2 Anote las semanas de gestación y 10.3 Anote el peso al nacer en gramos.
- 11. SITUACIÓN CONYUGAL.** Situación de la (del) fallecida/o 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".
- 12. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecida/o. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- 13. 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 la (del) fallecido/a y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- 14. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo*: obrera/o, maestro/a, etc. En 14.1 marque la opción "Sí" cuando la (el) fallecida/o contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la (el) fallecida/o se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, jubilado/a, rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- 15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliada/o la (el) fallecida/o. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la (el) fallecida/o no tenía afiliación a servicios de salud.
- 18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- 19. 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 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- 21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, revisar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote 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].
- 24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, avise inmediatamente a la autoridad civil.
- 25. TIPO DE DEFUNCIÓN.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.
- 26. 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 defunción, 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 déjelo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que escribe en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que va a registrar debajo de ella.

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

27. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción.	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada.	a) Peritonitis aguda Debido a (o como consecuencia de)	2 días	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	b) Perforación del duodeno Debido a (o como consecuencia de)	4 días	
	c) Úlcera duodenal Debido a (o como consecuencia de)	3 años	
	d)		
PARTE II. Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción. Hipertensión arterial 5 años (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)			

- 27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 28.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 28.2 y 28.3.
- 32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Especifique la opción correspondiente, *coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción*.
- 34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTA/O AGRESOR/A OR CON LA (EL) FALLECIDA/O.** Anote la relación que tenía la (el) presunta/o agresor/a con la (el) fallecida/o. Si la defunción es un presunto homicidio, escriba el parentesco con la (el) fallecida/o de la (del) presunta/o responsable, *ejemplo*: esposo/a, padre, madre, concubina/o. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- 35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA CAUSA EXTERNA.** 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.
- 36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique el nombre de la carretera y el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- 37-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que la (lo) identifique. En el caso de ser una (un) médica/o pasante el que certifique, este debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos/os, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- 42. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, *por ningún motivo debe dejarse sin información*.

ABREVIATURAS

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

VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLÉNESE PARA PRODUCTOS A PARTIR DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN)

Módulo 2020
FOLIO

999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

Formulario de certificado de muerte fetal con secciones: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCCESO, CAUSAS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE O GESTANTE, DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. Incluye campos para sexo, edad, peso, tipo de embarazo, atención prenatal, fecha y hora de extracción, domicilio, y causas de muerte.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



999999999

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/a médico/a, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médico/a, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxilíese con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre o gestante para obtener (o coleccionar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a 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, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- 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 01092016. 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: 99992016.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe explicar de forma clara la información que se solicita, 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 (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y 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 0450; si pesa 1 kilo 300 gramos anote 1300. 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 se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- **7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- **7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- **8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote 1605.
- **9. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especificar 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 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- **12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- **13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "SI", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- **16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- **17. 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/gestante 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 o gestante que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la madre/gestante 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:*

ST. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite añadir notas de más: ejemplar para señalar, señalar, enumeración de la enfermedad: materno-fetal, etc.)		Especifique si la causa fue:		Código CIE
		MADRE	FETAL	
a)	Hemorragia intraventricular <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Hipoxia intrauterina <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Insuficiencia placentaria <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Hipertensión gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PARTE II. <small>Otras causas patológicas significativas del feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado médico que la produjo.</small> Tabaquismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afro-mexicana/o.
- **23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
- **24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- **29. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- **30. ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- **31. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrero/a, maestra/o, etc. En 31.1 marque la opción "SI" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o labora en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante, se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de las/os hijas/os, a estudiar, rentista, etc.
- **32. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la madre o gestante no tenga afiliación a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
- **34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO).** Anote el número de hijas/os que ha tenido la madre o gestante, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no; 34.1 cuántas/os hayan nacido muertas/os, 34.2 cuántas/os hayan nacido vivas/os y 34.3 cuántas/os sobreviven.
- **35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- **36-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que la (lo) identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicas/os, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- **42. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud. CURP: Clave Única de Registro de Población



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLENÉSE PARA PRODUCTOS A PARTIR DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN)

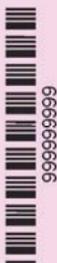
FOLIO
999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

Formulario de certificación de muerte fetal con secciones: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO, CAUSAS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE O GESTANTE, and DATOS DE LA DEL(C) CERTIFICANTE. Includes fields for sex, gestational age, weight, pregnancy details, and medical history.

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/a un médico/a, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para dárles destino final). En los lugares donde no haya médico/a, 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 o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico de la madre o gestante 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 o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a 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, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- 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 explicar de forma clara la información que se solicita, 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 (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y 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 se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- **7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- **7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- **8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1]6[0]5.
- **9. SITO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- **12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- **13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- **16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- **17. 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/gestante 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 o gestante que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la madre/gestante 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:*

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Escriba señale modo de causalidad: para ser visto, subleído, interrupción de la continuidad materno-fetal, etc.)		Especifique a la causa fue		Código CIE	
		MADRE/GESTANTE	FETAL		
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte. Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa de la muerte en otro lugar que la línea a)	a) Hemorragia intraventricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Debido a (o como consecuencia de)				
	b) Hipoxia intrauterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Debido a (o como consecuencia de)				
c) Insuficiencia placentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Debido a (o como consecuencia de)					
d) Hipertensión gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PARTE II Otras afecciones patológicas significativas del feto o de la madre, que no contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o afección anotada en la línea a)					
Tabaquismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- **22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afromexicana/o.
- **23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
- **24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- **29. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- **30. ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- **31. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrera/o, maestro/a, etc. En 31.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante, se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de las/os hijas/os, a estudiar, rentista, etc.
- **32. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la madre o gestante no tenga afiliación a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
- **34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO).** Anote el número de hijas/os que ha tenido la madre o gestante, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no, 34.1 cuántas/os hayan nacido muertas/os, 34.2 cuántas/os hayan nacido vivas/os y 34.3 cuántas/os sobreviven.
- **35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- **36-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que la (lo) identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicos/as, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- **42. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud. CURP: Clave Única de Registro de Población



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLÉNESE PARA PRODUCTOS A PARTIR DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN)

Modelo 2022
FOLIO
999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

Formulario de certificación de muerte fetal con secciones: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO, CAUSAS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE O GESTANTE, and DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. Includes fields for sex, gestational age, weight, pregnancy details, medical attention, and personal information.

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un/a médico/a, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médico/a, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxilíese con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre o gestante 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 o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a 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, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- 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 solo 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 explicar de forma clara la información que se solicita, 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 vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vivienda Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (ej. 21, 2A, 05), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento **no contiene "FE DE ERRATAS"** y 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 se ve alterada por patologías de la madre o gestante 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 plástica, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRÁCTICA NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 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.
- SITO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- 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/gestante 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 o gestante que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la madre/gestante 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:*

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Preste una sola causa en cada renglón. Solo señale todas demás opciones para reflexionar, sobre la etiología de la enfermedad materno-fetal, etc.)		Especifique si la causa fue:		Código CIE	
		MADRE	FETAL		
a)	Hemorragia intraventricular <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b)	Hipoxia intrauterina <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c)	Insuficiencia placentaria <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d)	Hipertensión gestacional <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PARTE II <small>Otras causas patológicas significativas de feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado médico que la produjo</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tabaquismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afroamericana/o.
- ¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
- ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- Ocupación habitual.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrera/o, maestra/o, etc. En 31.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante ocupe con un trabajo o labora en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante, se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de las/os hijas/os, a estudiar, rentista, etc.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la madre o gestante no tenga afiliación a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO).** Anote el número de hijas/os que ha tenido la madre o gestante, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no; 34.1 cuántas/os hayan nacido muertas/os, 34.2 cuántas/os hayan nacido vivas/os y 34.3 cuántas/os sobreviven.
- ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que la (lo) identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicos/os, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud. CURP: Clave Única de Registro de Población



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

FOLIO
999999999

(LLENÉSE PARA PRODUCTOS A PARTIR DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN)

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

Formulario de certificación de muerte fetal con secciones: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO, CAUSAS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE O GESTANTE, and DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. Includes fields for sex, age, weight, pregnancy details, medical history, and contact information.

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/a un médico/a, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médico/a, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
• Para el llenado de este Certificado, auxilíese con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre o gestante 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 o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a 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, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
• 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 explicar de forma clara la información que se solicita, 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 desconoce 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 (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
• Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y 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.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0|4|5|0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1|3|0|0]. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
5. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
6. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1|6|0|5].
9. 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 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
17. 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/gestante 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 o gestante que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.
PARTE II. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la madre/gestante o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I. ejemplo:

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

- 22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O?. Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afromexicana/o.
23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
29. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
30. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
31. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera/o, maestra/o, etc. En 31.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o labora en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante, se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de las/os hijas/os, a estudiar, rentista, etc.
32. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la madre o gestante no tenga afiliación a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO). Anote el número de hijas/os que ha tenido la madre o gestante, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no, 34.1 cuántas/os hayan nacido muertas/os, 34.2 cuántas/os hayan nacido vivas/os y 34.3 cuántas/os sobreviven.
35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?. Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
36-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que la (lo) identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicos/as, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud. CURP: Clave Única de Registro de Población

ANEXO 2. REPRESENTACIÓN IMPRESA DE LA VERSIÓN ELECTRÓNICA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE DEFUNCIÓN

Folio**Fecha/Hora de ocurrencia de la defunción****Nombre de la (del) fallecida/o****Fecha de nacimiento****Entidad de Nacimiento****Sexo****Clave Única de Registro de Población****Nacionalidad****Entidad de la defunción****Firma electrónica de la (del) certificante****Sello electrónico de la Secretaría de Salud****Sello electrónico de la Unidad Médica****Cadena original**Código
QR



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE MUERTE FETAL

Nombre de la madre o gestante

[Barra de texto para el nombre de la madre o gestante]

**Fecha de nacimiento
de la madre o gestante**

**Entidad de nacimiento
de la madre o gestante**

**Sexo de la madre
o gestante**

[Barra de texto para la fecha de nacimiento]

[Barra de texto para la entidad de nacimiento]

[Barra de texto para el sexo]

CURP de la madre o gestante

Fecha de certificación

[Barra de texto para el CURP]

[Barra de texto para la fecha de certificación]

Folio

Fecha de expulsión

Semanas de gestación

[Barra de texto para el folio]

[Barra de texto para la fecha de expulsión]

[Barra de texto para las semanas de gestación]

Firma electrónica de la (del) certificador

[Barra de texto para la firma electrónica]

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

[Barra de texto para el sello electrónico]

Sello electrónico de la Unidad Médica

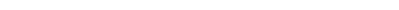
[Barra de texto para el sello electrónico]

Cadena original

[Barra de texto para la cadena original]

Código
QR

Para validar la autenticidad de éste documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página



AVISO por el que se dan a conocer las cifras que corresponden a promover la equidad en los servicios de salud, para el ejercicio fiscal 2022.

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

FRANCISCO MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Director General de Programación y Presupuesto, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 30, fracción IV y 31 de la Ley de Coordinación Fiscal y 27 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que la Ley de Coordinación Fiscal en su artículo 30, fracción IV, establece que el monto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud se determinará cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación, entre otros elementos, por otros recursos que, en su caso, se destinen expresamente en el Presupuesto de Egresos de la Federación a fin de promover la equidad en los servicios de salud, mismos que serán distribuidos conforme a lo dispuesto en el artículo 31 del mismo ordenamiento.

Que en el seno de la próxima Reunión del Consejo Nacional de Salud 2022, se dará el aviso a todos los integrantes del Consejo Nacional de Salud, que en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2022, "no se observan otros recursos destinados expresamente a promover la equidad en los servicios de salud".

Que el artículo 31, de la Ley de Coordinación Fiscal, establece que la Secretaría de Salud dará a conocer anualmente, en el seno del Consejo Nacional de Salud y en el Diario Oficial de la Federación, las cifras que corresponden a las variables integrantes de la fórmula señalada en dicho artículo, resultantes de los sistemas oficiales de información, por lo que se expide el siguiente

AVISO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LAS CIFRAS QUE CORRESPONDEN A PROMOVER LA EQUIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022

Único. - Conforme a lo establecido en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2022, se comunica que en el ejercicio fiscal 2022, no se observan otros recursos destinados expresamente a promover la equidad en los servicios de salud, a que alude el artículo 30, fracción IV, de la Ley de Coordinación Fiscal.

México, Ciudad de México, a 21 de diciembre de 2021.- El Director General de Programación y Presupuesto, **Francisco Martínez Martínez.**- Rúbrica.