

SECRETARÍA DE SALUD

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.

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

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 104, fracción I, 106, 107, 389, fracciones II y III, 391 y 392, de la Ley General de Salud; 91, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 6 y 7, fracción XVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

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 natalidad y mortalidad, entre otras, a fin de integrarlas al proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud y con ello contribuir a la consolidación de un sistema nacional de información en salud;

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

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

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

Que en la cuarta reunión ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud, celebrada el 17 de agosto de 2017, se aprobó modificar el modelo del Certificado de Defunción, con la finalidad de incorporar, en sus versiones impresa y electrónica, la variable 8.3 denominada "Peso", tratándose de defunciones de menores de 28 días, toda vez que dicha información resulta indispensable para el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

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

TRANSITORIOS

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

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

TERCERO. El presente Acuerdo deja sin efectos el diverso por el que se dan a conocer los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados por la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de marzo de 2017.

Dado en la Ciudad de México, a los 15 días del mes de diciembre de 2017.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles**.- Rúbrica.

ANEXO DEL ACUERDO QUE MODIFICA EL ANEXO POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LOS FORMATOS DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 30 DE ENERO DE 2009.



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

Modelo 2017-1
FOLIO**180000001**

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

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

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 3
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 3
7. NACIONALIDAD Mexicana ☐ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 3 Especificar _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora ☐ 3	
9. ESTADO CONYUGAL Es unión libre ☐ 1 Separado(a) ☐ 2 Vuelto(a) ☐ 3 Casado(a) ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 5 Soltero(a) ☐ 6 Se ignora ☐ 3	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivió el fallecido (x) 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 2 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 4 Superior ☐ 5 Incompleta ☐ 6 Completa ☐ 7 La escolaridad seleccionada es: _____ 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 11.2 Ocupación habitual _____ Se ignora ☐ 3	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajo _____ Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 3	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 3 SEMAR ☐ 4 IMSS PROSPERA ☐ 5 Se ignora ☐ 3	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 3 SEMAR ☐ 4 Unidad médica pública ☐ 5 Otra unidad pública ☐ 6 Unidad médica privada ☐ 7 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Nombre de la clínica _____ 14.4 Nombre de la clínica _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☐ 2	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☐ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Dite señalar modo de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otros motivos patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____ j) _____ k) _____ l) _____ m) _____ n) _____ o) _____ p) _____ q) _____ r) _____ s) _____ t) _____ u) _____ v) _____ w) _____ x) _____ y) _____ z) _____ aa) _____ ab) _____ ac) _____ ad) _____ ae) _____ af) _____ ag) _____ ah) _____ ai) _____ aj) _____ ak) _____ al) _____ am) _____ an) _____ ao) _____ ap) _____ aq) _____ ar) _____ as) _____ at) _____ au) _____ av) _____ aw) _____ ax) _____ ay) _____ az) _____ ba) _____ bb) _____ bc) _____ bd) _____ be) _____ bf) _____ bg) _____ bh) _____ bi) _____ bj) _____ bk) _____ bl) _____ bm) _____ bn) _____ bo) _____ bp) _____ bq) _____ br) _____ bs) _____ bt) _____ bu) _____ bv) _____ bw) _____ bx) _____ by) _____ bz) _____ ca) _____ cb) _____ cc) _____ cd) _____ ce) _____ cf) _____ cg) _____ ch) _____ ci) _____ cj) _____ ck) _____ cl) _____ cm) _____ cn) _____ co) _____ cp) _____ cq) _____ cr) _____ cs) _____ ct) _____ cu) _____ cv) _____ cw) _____ cx) _____ cy) _____ cz) _____ da) _____ db) _____ dc) _____ dd) _____ de) _____ df) _____ dg) _____ dh) _____ di) _____ dj) _____ dk) _____ dl) _____ dm) _____ dn) _____ do) _____ dp) _____ dq) _____ dr) _____ ds) _____ dt) _____ du) _____ dv) _____ dw) _____ dx) _____ dy) _____ dz) _____ ea) _____ eb) _____ ec) _____ ed) _____ ee) _____ ef) _____ eg) _____ eh) _____ ei) _____ ej) _____ ek) _____ el) _____ em) _____ en) _____ eo) _____ ep) _____ eq) _____ er) _____ es) _____ et) _____ eu) _____ ev) _____ ew) _____ ex) _____ ey) _____ ez) _____ fa) _____ fb) _____ fc) _____ fd) _____ fe) _____ ff) _____ fg) _____ fh) _____ fi) _____ fj) _____ fk) _____ fl) _____ fm) _____ fn) _____ fo) _____ fp) _____ fq) _____ fr) _____ fs) _____ ft) _____ fu) _____ fv) _____ fw) _____ fx) _____ fy) _____ fz) _____ ga) _____ gb) _____ gc) _____ gd) _____ ge) _____ gf) _____ gg) _____ gh) _____ gi) _____ gj) _____ gk) _____ gl) _____ gm) _____ gn) _____ go) _____ gp) _____ gq) _____ gr) _____ gs) _____ gt) _____ gu) _____ gv) _____ gw) _____ gx) _____ gy) _____ gz) _____ ha) _____ hb) _____ hc) _____ hd) _____ he) _____ hf) _____ hg) _____ hh) _____ hi) _____ hj) _____ hk) _____ hl) _____ hm) _____ hn) _____ ho) _____ hp) _____ hq) _____ hr) _____ hs) _____ ht) _____ hu) _____ hv) _____ hw) _____ hx) _____ hy) _____ hz) _____ ia) _____ ib) _____ ic) _____ id) _____ ie) _____ if) _____ ig) _____ ih) _____ ii) _____ ij) _____ ik) _____ il) _____ im) _____ in) _____ io) _____ ip) _____ iq) _____ ir) _____ is) _____ it) _____ iu) _____ iv) _____ iw) _____ ix) _____ iy) _____ iz) _____ ja) _____ jb) _____ jc) _____ jd) _____ je) _____ jf) _____ jg) _____ jh) _____ ji) _____ jj) _____ jk) _____ jl) _____ jm) _____ jn) _____ jo) _____ jp) _____ jq) _____ jr) _____ js) _____ jt) _____ ju) _____ jv) _____ jw) _____ jx) _____ jy) _____ jz) _____ ka) _____ kb) _____ kc) _____ kd) _____ ke) _____ kf) _____ kg) _____ kh) _____ ki) _____ kj) _____ kk) _____ kl) _____ km) _____ kn) _____ ko) _____ kp) _____ kq) _____ kr) _____ ks) _____ kt) _____ ku) _____ kv) _____ kw) _____ kx) _____ ky) _____ kz) _____ la) _____ lb) _____ lc) _____ ld) _____ le) _____ lf) _____ lg) _____ lh) _____ li) _____ lj) _____ lk) _____ ll) _____ lm) _____ ln) _____ lo) _____ lp) _____ lq) _____ lr) _____ ls) _____ lt) _____ lu) _____ lv) _____ lw) _____ lx) _____ ly) _____ lz) _____ ma) _____ mb) _____ mc) _____ md) _____ me) _____ mf) _____ mg) _____ mh) _____ mi) _____ mj) _____ mk) _____ ml) _____ mn) _____ mo) _____ mp) _____ mq) _____ mr) _____ ms) _____ mt) _____ mu) _____ mv) _____ mw) _____ mx) _____ my) _____ mz) _____ na) _____ nb) _____ nc) _____ nd) _____ ne) _____ nf) _____ ng) _____ nh) _____ ni) _____ nj) _____ nk) _____ nl) _____ nm) _____ no) _____ np) _____ nq) _____ nr) _____ ns) _____ nt) _____ nu) _____ nv) _____ nw) _____ nx) _____ ny) _____ nz) _____ oa) _____ ob) _____ oc) _____ od) _____ oe) _____ of) _____ og) _____ oh) _____ oi) _____ oj) _____ ok) _____ ol) _____ om) _____ on) _____ oo) _____ op) _____ oq) _____ or) _____ os) _____ ot) _____ ou) _____ ov) _____ ow) _____ ox) _____ oy) _____ oz) _____ pa) _____ pb) _____ pc) _____ pd) _____ pe) _____ pf) _____ pg) _____ ph) _____ pi) _____ pj) _____ pk) _____ pl) _____ pm) _____ pn) _____ po) _____ pp) _____ pq) _____ pr) _____ ps) _____ pt) _____ pu) _____ pv) _____ pw) _____ px) _____ py) _____ pz) _____ qa) _____ qb) _____ qc) _____ qd) _____ qe) _____ qf) _____ qg) _____ qh) _____ qi) _____ qj) _____ qk) _____ ql) _____ qm) _____ qn) _____ qo) _____ qp) _____ qq) _____ qr) _____ qs) _____ qt) _____ qu) _____ qv) _____ qw) _____ qx) _____ qy) _____ qz) _____ ra) _____ rb) _____ rc) _____ rd) _____ re) _____ rf) _____ rg) _____ rh) _____ ri) _____ rj) _____ rk) _____ rl) _____ rm) _____ rn) _____ ro) _____ rp) _____ rq) _____ rr) _____ rs) _____ rt) _____ ru) _____ rv) _____ rw) _____ rx) _____ ry) _____ rz) _____ sa) _____ sb) _____ sc) _____ sd) _____ se) _____ sf) _____ sg) _____ sh) _____ si) _____ sj) _____ sk) _____ sl) _____ sm) _____ sn) _____ so) _____ sp) _____ sq) _____ sr) _____ ss) _____ st) _____ su) _____ sv) _____ sw) _____ sx) _____ sy) _____ sz) _____ ta) _____ tb) _____ tc) _____ td) _____ te) _____ tf) _____ tg) _____ th) _____ ti) _____ tj) _____ tk) _____ tl) _____ tm) _____ tn) _____ to) _____ tp) _____ tq) _____ tr) _____ ts) _____ tu) _____ tv) _____ tw) _____ tx) _____ ty) _____ tz) _____ ua) _____ ub) _____ uc) _____ ud) _____ ue) _____ uf) _____ ug) _____ uh) _____ ui) _____ uj) _____ uk) _____ ul) _____ um) _____ un) _____ uo) _____ up) _____ uq) _____ ur) _____ us) _____ ut) _____ uu) _____ uv) _____ uw) _____ ux) _____ uy) _____ uz) _____ va) _____ vb) _____ vc) _____ vd) _____ ve) _____ vf) _____ vg) _____ vh) _____ vi) _____ vj) _____ vk) _____ vl) _____ vm) _____ vn) _____ vo) _____ vp) _____ vq) _____ vr) _____ vs) _____ vt) _____ vu) _____ vv) _____ vw) _____ vx) _____ vy) _____ vz) _____ wa) _____ wb) _____ wc) _____ wd) _____ we) _____ wf) _____ wg) _____ wh) _____ wi) _____ wj) _____ wk) _____ wl) _____ wm) _____ wn) _____ wo) _____ wp) _____ wq) _____ wr) _____ ws) _____ wt) _____ wu) _____ wv) _____ ww) _____ wx) _____ wy) _____ wz) _____ xa) _____ xb) _____ xc) _____ xd) _____ xe) _____ xf) _____ xg) _____ xh) _____ xi) _____ xj) _____ xk) _____ xl) _____ xm) _____ xn) _____ xo) _____ xp) _____ xq) _____ xr) _____ xs) _____ xt) _____ xu) _____ xv) _____ xw) _____ xx) _____ xy) _____ xz) _____ ya) _____ yb) _____ yc) _____ yd) _____ ye) _____ yf) _____ yg) _____ yh) _____ yi) _____ yj) _____ yk) _____ yl) _____ ym) _____ yn) _____ yo) _____ yp) _____ yq) _____ yr) _____ ys) _____ yt) _____ yu) _____ yv) _____ yw) _____ yx) _____ yy) _____ yz) _____ za) _____ zb) _____ zc) _____ zd) _____ ze) _____ zf) _____ zg) _____ zh) _____ zi) _____ zj) _____ zk) _____ zl) _____ zm) _____ zn) _____ zo) _____ zp) _____ zq) _____ zr) _____ zs) _____ zt) _____ zu) _____ zv) _____ zw) _____ zx) _____ zy) _____ zz) _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 13 A 54 AÑOS 21.1 ¿Especifica si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 40 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto _____ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? _____ Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 4 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? _____ Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 3 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____ Área Industrial (fábrica, taller, etc.) ☐ 1 Área deportiva ☐ 2 Calle o carretera (vía pública) ☐ 3 Casa o departamento ☐ 4 Área comercial o de servicio ☐ 5 Otro ☐ 6 Se ignora ☐ 3 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.6 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número _____ 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico titular ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 6 Especificar _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 28.3 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____ 28.6 Nombre del asentamiento humano _____ 28.7 Código Postal _____ 28.8 Localidad _____ 28.9 Municipio o delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____ 28.11 Teléfono _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Lugar de registro _____ 30.2 Municipio o delegación _____ 30.3 Entidad federativa _____ 30.4 Día _____ 30.5 Mes _____ 30.6 Año _____	

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o 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 obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05/03/2016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 99/99/2010.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido o y el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 99/99/99. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 17/09.
- SE PRÁCTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. En la columna de la línea superior, para cada caso, registre, en:			
PARTE I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad o la muerte	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte		En días o meses	
a) Peritonitis aguda		2 días	
b) Debido a lo como consecuencia de:			
c) Perforación del duodeno		4 días	
d) Debido a lo como consecuencia de:			
e) Úlcera duodenal		3 años	
f) Debido a lo como consecuencia de:			
g) Hipertensión arterial		5 años	
h) Debido a lo como consecuencia de:			

21. Si la DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
22. Si la MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
 - Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
 - Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
 - Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
 - Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
 - Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- 25-29. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

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

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

Modelo 2017.1
FOLIO
180000001

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

2. FECHA DE NACIMIENTO
Día _____ Mes _____ Año _____

3. SEXO
Hombre ☐_1_ Mujer ☐_2_ Se ignora ☐_3_

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____

5. CURP

Se ignora ☐_3_

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
Sí ☐_1_ No ☐_2_ Se ignora ☐_3_

7. NACIONALIDAD
Mexicana ☐_1_ Otra ☐_2_ Se ignora ☐_3_

8. EDAD CUMPLIDA
Para menores de una hora: Minutos _____
Para menores de un día: Horas _____
Para menores de un mes: Días _____
Para menores de un año: Meses _____
Para menores de un año o más: Años cumplidos _____
Se ignora ☐_3_

9. ESTADO CONYUGAL
Separado(a) ☐_1_ Vuelto(a) ☐_2_ Casado(a) ☐_3_
En unión libre ☐_4_ Divorciado(a) ☐_5_ Soltero(a) ☐_6_ Se ignora ☐_7_

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a):
10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____
10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____

11. ESCOLARIDAD
Ninguna ☐_1_ Preescolar ☐_2_ Primaria ☐_3_ Secundaria ☐_4_
Bachillerato o preparatoria ☐_5_ Profesional ☐_6_ Posgrado ☐_7_ Se ignora ☐_8_

11.1 La escolaridad seleccionada es:
Completa ☐_1_ Incompleta ☐_2_

12. OCUPACIÓN HABITUAL
12.1 Trabajaba: Sí ☐_1_ No ☐_2_ Se ignora ☐_3_

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna ☐_1_ ISSSTE ☐_2_ SEDENA ☐_3_ Seguro Popular ☐_4_ Otra ☐_5_
IMSS ☐_6_ PEMEX ☐_7_ SEMAR ☐_8_ IMSS PROSPERA ☐_9_ Se ignora ☐_10_

13.1 Número de seguridad social o afiliación _____

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
Secretaría de Salud ☐_1_ IMSS ☐_2_ PEMEX ☐_3_ SEMAR ☐_4_ Unidad médica pública ☐_5_
IMSS PROSPERA ☐_6_ ISSSTE ☐_7_ SEDENA ☐_8_ Otra unidad pública ☐_9_ Unidad médica privada ☐_10_

14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CES) _____

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____
15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____
15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
Sí ☐_1_ No ☐_2_ Se ignora ☐_3_

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?
Sí ☐_1_ No ☐_2_

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

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

a) Debido a (o como consecuencia de) _____
b) Debido a (o como consecuencia de) _____
c) Debido a (o como consecuencia de) _____
d) _____

PARTE II
Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evita señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, estroño, etc.)

a) Debido a (o como consecuencia de) _____
b) Debido a (o como consecuencia de) _____
c) Debido a (o como consecuencia de) _____
d) _____

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo ☐_1_ El parto ☐_2_ El puerperio ☐_3_
40 días a 11 meses después del parto o aborto ☐_4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐_5_

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
Sí ☐_1_ No ☐_2_

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
Sí ☐_1_ No ☐_2_

22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE _____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22.1 ¿Fue un presunto accidente? ☐_1_ No ☐_2_ Se ignora ☐_3_

22.2 ¿Cuánto en el desempeño de su trabajo?
Si ☐_1_ No ☐_2_ Se ignora ☐_3_

22.3 ¿En qué lugar ocurrió la lesión?
Vivienda particular ☐_1_ Área deportiva ☐_2_ Área industrial (factor, fábrica o obra) ☐_3_
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐_4_ Calle o caminata (vía pública) ☐_5_ Granja (rancho o parcela) ☐_6_ Escuela u oficina pública ☐_7_ Área comercial o de servicio ☐_8_ Otra ☐_9_ Se ignora ☐_10_

22.4 Añote la relación que tenga el presunto agresor con el(los) lesionado(s) _____

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____
22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____
22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____

DEL INF.

23. NOMBRE
Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) _____

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR
Médico tratante ☐_1_ Médico legista ☐_2_ Otro médico ☐_3_
Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐_4_ Autoridad civil ☐_5_ Otro ☐_6_ *Especifique _____

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
Número de la cédula profesional _____

27. NOMBRE
Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

28. DOMICILIO Y TELÉFONO
28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 28.3 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____
28.6 Nombre del asentamiento humano _____ 28.7 Código Postal _____ 28.8 Localidad _____ 28.9 Municipio o delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____ 28.11 Teléfono _____

29. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Día _____ Mes _____ Año _____

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO
Núm. _____ Libro Núm. _____

31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o coleccionar) la información.
- El llenado en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificador está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote [0, 5 | 0, 3 | 2, 0, 1, 6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nuevos" 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 "nuevos" 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 vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Paseo, Boulevard), Nombre de la vía, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5). Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido o el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nuevos" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9, 9 | 9, 9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad. Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9. 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advenir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1, 7 | 9 | 9].
- SE PRÁCTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Clasificación CIE	
PARTE I					
a)	Peritonitis aguda	2 días			
b)	Debido a lo como consecuencia de:				
c)	Perforación del duodeno	4 días			
d)	Debido a lo como consecuencia de:				
e)	Úlcera duodenal	3 años			
f)	Debido a lo como consecuencia de:				
g)	Hipertensión arterial	5 años			
PARTE II					
Otras enfermedades patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte					

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

ABREVIATURAS

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

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

Modelo 2017.1
FOLIO
180000001

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (no solo en el extranjero) _____		
	5. CURP _____ Se ignora ☐		
DE LA DEFUNCIÓN	6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Horas _____ Para menores de un día: Minutos _____ Horas _____ Para menores de una semana: Días _____ Semanas de gestación _____ Para menores de un año: Meses _____ Años cumplidos _____ Para menores de 28 días ante: 6.1 Pico del Certificado de Nacimiento: _____ 6.2 Semanas de gestación: _____ 6.3 Peso (gramos): _____		7. NACIONALIDAD Mexicana ☐ No ☐ Se ignora ☐ Especificar: _____
	8. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		
	9. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: _____ 10.2 Nombre de la vivienda: _____ 10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____		
	11. ESCOLARIDAD Primaria ☐ Preescolar ☐ Secundaria ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 12.1 Trabajaba ☐ No ☐ Se ignora ☐		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Insegura ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____ Vista médica ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: _____ 15.2 Nombre de la vivienda: _____ 15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		
DEL REG. CIVIL	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc. - PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debid(a) a (o como consecuencia de) _____ b) Debid(a) a (o como consecuencia de) _____ c) Debid(a) a (o como consecuencia de) _____ d) Debid(a) a (o como consecuencia de) _____ CAUSAS ANTERIORES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa congenerada arriba mencionada en el último lugar la causa básica: e) _____ PARTE II Otros estados patológicos separativos que contribuyeron a la muerte, pero relacionados con la enfermedad o estado morboso de la siguiente forma: f) _____		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
DEL INF.	21. LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 64 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 48 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		
	22. LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente ☐ homicidio ☐ Suicidio ☐ Reingreso ☐ 22.2 ¿Cómo se dio el desarrollo de la muerte? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva ☐ Calle o carretera ☐ Escuela o oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		
	23. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN UN REGISTRO CIVIL Municipio Público con el acta número: _____ 23.1 Tipo de vivienda: _____ 23.2 Nombre de la vivienda: _____ 23.3 Núm. Exterior: _____ 23.4 Núm. Interior: _____ 23.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 23.6 Código Postal: _____ 23.7 Localidad: _____ 23.8 Municipio o delegación: _____ 23.9 Entidad federativa: _____		
	24. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN UN REGISTRO CIVIL Municipio Público con el acta número: _____ 24.1 Tipo de vivienda: _____ 24.2 Nombre de la vivienda: _____ 24.3 Núm. Exterior: _____ 24.4 Núm. Interior: _____ 24.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 24.6 Código Postal: _____ 24.7 Localidad: _____ 24.8 Municipio o delegación: _____ 24.9 Entidad federativa: _____		
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad del ☐ Otro ☐ Especifique: _____ 26. EL CERTIFICANTE ES MÉDICO ☐ No ☐ Especifique: _____ Número de la cédula profesional: _____		
	27. NOMBRE: Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 28. FIRMA: _____		
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o delegación: _____ 29.10 Entidad federativa: _____		
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____		
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO: Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____ 31.2 Municipio o delegación: _____ 31.3 Entidad federativa: _____		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-036-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentada por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote [0.5]0.3]2.0.16. 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]2.0.10.
- 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 vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Pretonal, Boulevard), Nombre de la vía (ej. 980), Exterior (ej. 980) e Interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido o y el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9.9]9.9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad. Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9. 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "SI" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFLUJACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1.7]9.9].
- SE PRÁCTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

DE CAUSA DE LA DEFUNCIÓN: (Anote una sola causa en cada renglón. Entre renglones de tiempo aproximado para causas debidas, etc.)		Intervalo de tiempo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Clasificación de la enfermedad
a) Peritonitis aguda		2 días	
b) Debido a (o como consecuencia de) Perforación del duodeno		4 días	
c) Debido a (o como consecuencia de) Úlcera duodenal		3 años	
d) Debido a (o como consecuencia de) Hipertensión arterial		5 años	

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

ABREVIATURAS

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

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

NOVIEMBRE 2017.1
FOLIO
180000001

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

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐
7. NACIONALIDAD Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ Especificar: _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Horas _____ Minutos _____ Segundos _____ Para menores de un día: _____ Horas _____ Minutos _____ Segundos _____ Para menores de un mes: _____ Días _____ Horas _____ Minutos _____ Segundos _____ Para menores de un año: _____ Meses _____ Días _____ Horas _____ Minutos _____ Segundos _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos _____ Meses _____ Días _____ Horas _____ Minutos _____ Segundos _____ Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: _____ 10.2 Nombre de la vivienda: _____ 10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: _____ No ☐ Se ignora ☐ 12.2 Ocupación: _____ Se ignora ☐ 12.3 Número de seguridad social o afiliación: _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____ 14.3 Nombre de la clínica o establecimiento de salud (CUES): _____ 14.4 Nombre de la clínica o establecimiento de salud (CUES): _____ 14.5 Nombre de la clínica o establecimiento de salud (CUES): _____ 14.6 Nombre de la clínica o establecimiento de salud (CUES): _____ 14.7 Nombre de la clínica o establecimiento de salud (CUES): _____ 14.8 Nombre de la clínica o establecimiento de salud (CUES): _____ 14.9 Nombre de la clínica o establecimiento de salud (CUES): _____ 14.10 Nombre de la clínica o establecimiento de salud (CUES): _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: _____ 15.2 Nombre de la vivienda: _____ 15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____ Segundos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. En la sección de causas de muerte, ejemplar: paro cardíaco, atenuación, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debido a (o) como consecuencia de) _____ b) Debido a (o) como consecuencia de) _____ c) Debido a (o) como consecuencia de) _____ d) Debido a (o) como consecuencia de) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no directamente relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte: e) _____ f) _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 49 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ Últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ 21.4 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE: 22.1 ¿Fue un suceso? Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Se dio donde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (aula, comedor, etc.) ☐ Calle o caminata ☐ (Vía pública) ☐ Escuela o oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 ¿Ande la víctima que tenía el presunto agresor con ella (fallecido(a))? Área industrial (palete, fémur o otro) ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (aula, comedor, etc.) ☐ Calle o caminata ☐ (Vía pública) ☐ Escuela o oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Ande el domicilio donde ocurrió la lesión, del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____ 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____ Se ignora ☐	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especificar: _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 28. FIRMA _____ Se ignora ☐	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o delegación: _____ 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____	

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-036-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o 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 obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05/03/2016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 9999/99/2010.
- 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 vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Paseo, Boulevard), Nombre de la vía, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido o y el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9/9/9. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
- Para menores de 28 días de nacido:** 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9. 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "SI" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 17/09.
- SE PRÁCTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo de tiempo entre el inicio de la enfermedad o lesión y la defunción	
PARTE I		Código CIE	
a) Peritonitis aguda		2 días	
b) Debido a (o como consecuencia de)			
c) Fiebre intermitente		4 días	
d) Debido a (o como consecuencia de)			
e) Perforación del duodeno		3 años	
f) Debido a (o como consecuencia de)			
g) Úlcera duodenal			
h) Debido a (o como consecuencia de)			
i) Hipertensión arterial		5 años	
j) Debido a (o como consecuencia de)			
k) Otras causas patológicas			
l) Agudización que contribuyó a la muerte, pero no relacionada con la enfermedad o estado patológico que la produjo			

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

ABREVIATURAS

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



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

 Modelo 2017
 FOLIO

171000001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

1. SEXO Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐		3. EDAD GESTACIONAL Semanas:		3. PESO Gramos:		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo ☐ Reproducción asistida ☐		6. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		5.2 Total de consultas recibidas:	
4. ESTE EMBARAZO FUE Normal ☐ Complicado ☐		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto ☐ Durante el parto ☐		7.1 Estado de la piel del producto: Fresca (Normal) ☐ Macerada ☐		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí ☐ No ☐		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día: Mes: Año: Hora: Minutos:			
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN											
9.1 Tipo de vivienda				9.2 Nombre de la vivienda				9.3 Núm. Exterior		9.4 Núm. Interior	
9.5 Tipo de asentamiento humano				9.6 Nombre del asentamiento humano				9.7 Código Postal			
9.8 Localidad				9.9 Municipio o delegación				9.10 Entidad federativa			
10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN											
10.1 Tipo de unidad médica: Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad ☐				10.2 Nombre de la unidad médica				10.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)			
10.4 Vía pública ☐ Otro lugar ☐				10.5 Hija ☐ Se ignora ☐							
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?											
Médico gineco-obstetra ☐ Otro médico ☐ Enfermero ☐ Partera ☐ Otro ☐ Se ignora ☐				12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE							
Espontáneo ☐ Provocado ☐ Terapéutico ☐ Se ignora ☐											
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN											
Parto vaginal espontáneo ☐ Cesárea ☐ Fórceps ☐ Se ignora ☐ Otro ☐ *Especifique:				14. VIOLENCIA				14.2 ¿Afectó la relación que tiene el presunto agresor con la madre?			
14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐											
15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO											
a)											
b)											
16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Añade una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-feto, etc.)											
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte											
a) Debido a (o como consecuencia de)											
b) Debido a (o como consecuencia de)											
c) Debido a (o como consecuencia de)											
d) Debido a (o como consecuencia de)											
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado materno que lo produjo											
e)											
f)											
Especificar si la causa fue:											
MATERNA ☐ FETAL ☐											
Código de:											
Uso exclusivo del personal codificador											
17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:											
18. NOMBRE											
Nombre(s):				Primer Apellido:				Segundo Apellido:			
19. CURP											
Se ignora ☐											
20. NACIONALIDAD											
Mexicana ☐ Otra ☐ Especificar:											
Se ignora ☐											
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?											
Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐											
22. EDAD (Años)											
23. ESTADO CONYUGAL											
En unión libre ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Se ignora ☐											
24. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre											
24.1 Tipo de vivienda				24.2 Nombre de la vivienda				24.3 Núm. Exterior		24.4 Núm. Interior	
24.5 Tipo de asentamiento humano				24.6 Nombre del asentamiento humano				24.7 Código Postal			
24.8 Localidad				24.9 Municipio o delegación				24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		24.11 Teléfono	
25. ESCOLARIDAD											
Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐				25.1 La escolaridad seleccionada es:				26. OCUPACIÓN HABITUAL			
Completa ☐ Incompleta ☐								26.1 Trabajo actualmente: Se ignora ☐			
27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD											
Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ IMSS PROSPERA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐				27.1 Número de seguridad social o afiliación				28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)			
29.1 Nacidos Muertos (NM) Se ignora ☐				29.2 Nacidos Vivos (NV) Se ignora ☐				29.3 Sobrevivientes Se ignora ☐			
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS)											
29.1 Nacidos Muertos (NM) Se ignora ☐											
29.2 Nacidos Vivos (NV) Se ignora ☐											
29.3 Sobrevivientes Se ignora ☐											
30. ¿VIVE LA MADRE?											
Sí ☐ No ☐											
30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:											
31. NOMBRE											
Nombre(s):				Primer Apellido:				Segundo Apellido:			
32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO											
33. ¿CERTIFICADO POR											
Médico tratante ☐ Otro médico ☐ Autoridad civil ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Otro ☐ *Especifique:				34. SI SE CERTIFICÓ EN MÉDICO							
				Número de la cédula profesional:							
35. NOMBRE											
Nombre(s):				Primer Apellido:				Segundo Apellido:			
36. DOMICILIO											
36.1 Tipo de vivienda				36.2 Nombre de la vivienda				36.3 Núm. Exterior		36.4 Núm. Interior	
36.5 Tipo de asentamiento humano				36.6 Nombre del asentamiento humano				36.7 Código Postal			
36.8 Localidad				36.9 Municipio o delegación				36.10 Entidad federativa			
37. TELÉFONO											
38. FIRMA											
39. FECHA DE CERTIFICACIÓN											
Día: Mes: Año:											

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [01|09|2016]. 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: [99|99|2016].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios anote: Tipo de vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vía, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, GS), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la expulsión o extracción del producto.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [04|50|0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [13|00|0]. No registre con otra unidad de medida (1kg. = 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [16|05].
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?** En 14.1 anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(a) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).

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

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

LA CAUSA DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón; entre varias causas de muerte, ejemplo: para cardíaca, diabetes, etc.)		¿Fue atribuida a la madre o al producto?		Código CIE	
		Madre	Producto		
PARTE I	Condición fatal o materna que causó directamente la muerte				
a)	Hemorragia intraventricular	☒	☐	01	02
b)	Debido a (o como consecuencia de)				
c)	Hipoxia intrauterina	☒	☐	01	02
d)	Debido a (o como consecuencia de)				
e)	Insuficiencia placentaria	☒	☐	01	02
f)	Debido a (o como consecuencia de)				
g)	Hipertensión gestacional	☒	☐	01	02
h)	Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II	Otras enfermedades, patologías, complicaciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado materno que la causó				
i)	Tabaquismo	☒	☐	01	02
j)		☐	☐	01	02

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

ABREVIATURAS

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



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLENÉSE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

México 2017
FOLIO

171000001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	
1. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 3	2. EDADE GESTACIONAL Semanas Días
3. PESO Quilos	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo ☐ 1 Reproducción asistida ☐ 2 4.1 El embarazo fue: Único ☐ 1 Gemelar ☐ 2 Tres o más ☐ 3
5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal Sí ☐ 1 No ☐ 2 5.2 Total de consultas recibidas	6. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos
7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto ☐ 1 Durante el parto ☐ 2	8. ESTADO DE LA (EL) DEL PRODUCTO 7.1 Estado de la (el) del producto: Fresco (Normal) ☐ 1 Macerado ☐ 2 7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí ☐ 1 No ☐ 2
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Tipo de vivienda 9.2 Nombre de la vivienda 9.3 Núm. Exterior 9.4 Núm. Interior 9.5 Tipo de asentamiento humano 9.6 Nombre del asentamiento humano 9.7 Código Postal 9.8 Localidad 9.9 Municipio o delegación 9.10 Entidad federativa	10. SITIO DONDE SE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 3 SEMAR ☐ 4 Unidad médica privada ☐ 5 10.1 Nombre de la unidad médica 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) 10.3 Código CIE 10.4 Tipo de establecimiento Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 11 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 12
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra ☐ 1 Otro médico ☐ 2 Enfermero ☐ 3 Partera ☐ 4 Otro ☐ 5 Se ignora ☐ 6	12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo ☐ 1 Provocado ☐ 2 Terapéutico ☐ 3 Se ignora ☐ 4 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 3
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo ☐ 1 Cesárea ☐ 2 Forceps ☐ 3 Se ignora ☐ 4 Otro ☐ 5 "Especifique"	14.2 ¿Anotó la relación que tiene el presunto agresor con la madre? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 3
15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO a) b) c) d) e)	16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: parto asfíctico, asfexia, interrupción de la circulación materno-feto, etc.) PARTES I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) e) PARTES II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado materno que lo produjo 16.1 16.2 16.3 16.4 16.5 16.6 16.7 16.8 16.9 16.10 16.11 16.12 16.13 16.14 16.15 16.16 16.17 16.18 16.19 16.20 16.21 16.22 16.23 16.24 16.25 16.26 16.27 16.28 16.29 16.30 16.31 16.32 16.33 16.34 16.35 16.36 16.37 16.38 16.39 16.40 16.41 16.42 16.43 16.44 16.45 16.46 16.47 16.48 16.49 16.50 16.51 16.52 16.53 16.54 16.55 16.56 16.57 16.58 16.59 16.60 16.61 16.62 16.63 16.64 16.65 16.66 16.67 16.68 16.69 16.70 16.71 16.72 16.73 16.74 16.75 16.76 16.77 16.78 16.79 16.80 16.81 16.82 16.83 16.84 16.85 16.86 16.87 16.88 16.89 16.90 16.91 16.92 16.93 16.94 16.95 16.96 16.97 16.98 16.99 16.100 16.101 16.102 16.103 16.104 16.105 16.106 16.107 16.108 16.109 16.110 16.111 16.112 16.113 16.114 16.115 16.116 16.117 16.118 16.119 16.120 16.121 16.122 16.123 16.124 16.125 16.126 16.127 16.128 16.129 16.130 16.131 16.132 16.133 16.134 16.135 16.136 16.137 16.138 16.139 16.140 16.141 16.142 16.143 16.144 16.145 16.146 16.147 16.148 16.149 16.150 16.151 16.152 16.153 16.154 16.155 16.156 16.157 16.158 16.159 16.160 16.161 16.162 16.163 16.164 16.165 16.166 16.167 16.168 16.169 16.170 16.171 16.172 16.173 16.174 16.175 16.176 16.177 16.178 16.179 16.180 16.181 16.182 16.183 16.184 16.185 16.186 16.187 16.188 16.189 16.190 16.191 16.192 16.193 16.194 16.195 16.196 16.197 16.198 16.199 16.200 16.201 16.202 16.203 16.204 16.205 16.206 16.207 16.208 16.209 16.210 16.211 16.212 16.213 16.214 16.215 16.216 16.217 16.218 16.219 16.220 16.221 16.222 16.223 16.224 16.225 16.226 16.227 16.228 16.229 16.230 16.231 16.232 16.233 16.234 16.235 16.236 16.237 16.238 16.239 16.240 16.241 16.242 16.243 16.244 16.245 16.246 16.247 16.248 16.249 16.250 16.251 16.252 16.253 16.254 16.255 16.256 16.257 16.258 16.259 16.260 16.261 16.262 16.263 16.264 16.265 16.266 16.267 16.268 16.269 16.270 16.271 16.272 16.273 16.274 16.275 16.276 16.277 16.278 16.279 16.280 16.281 16.282 16.283 16.284 16.285 16.286 16.287 16.288 16.289 16.290 16.291 16.292 16.293 16.294 16.295 16.296 16.297 16.298 16.299 16.300 16.301 16.302 16.303 16.304 16.305 16.306 16.307 16.308 16.309 16.310 16.311 16.312 16.313 16.314 16.315 16.316 16.317 16.318 16.319 16.320 16.321 16.322 16.323 16.324 16.325 16.326 16.327 16.328 16.329 16.330 16.331 16.332 16.333 16.334 16.335 16.336 16.337 16.338 16.339 16.340 16.341 16.342 16.343 16.344 16.345 16.346 16.347 16.348 16.349 16.350 16.351 16.352 16.353 16.354 16.355 16.356 16.357 16.358 16.359 16.360 16.361 16.362 16.363 16.364 16.365 16.366 16.367 16.368 16.369 16.370 16.371 16.372 16.373 16.374 16.375 16.376 16.377 16.378 16.379 16.380 16.381 16.382 16.383 16.384 16.385 16.386 16.387 16.388 16.389 16.390 16.391 16.392 16.393 16.394 16.395 16.396 16.397 16.398 16.399 16.400 16.401 16.402 16.403 16.404 16.405 16.406 16.407 16.408 16.409 16.410 16.411 16.412 16.413 16.414 16.415 16.416 16.417 16.418 16.419 16.420 16.421 16.422 16.423 16.424 16.425 16.426 16.427 16.428 16.429 16.430 16.431 16.432 16.433 16.434 16.435 16.436 16.437 16.438 16.439 16.440 16.441 16.442 16.443 16.444 16.445 16.446 16.447 16.448 16.449 16.450 16.451 16.452 16.453 16.454 16.455 16.456 16.457 16.458 16.459 16.460 16.461 16.462 16.463 16.464 16.465 16.466 16.467 16.468 16.469 16.470 16.471 16.472 16.473 16.474 16.475 16.476 16.477 16.478 16.479 16.480 16.481 16.482 16.483 16.484 16.485 16.486 16.487 16.488 16.489 16.490 16.491 16.492 16.493 16.494 16.495 16.496 16.497 16.498 16.499 16.500 16.501 16.502 16.503 16.504 16.505 16.506 16.507 16.508 16.509 16.510 16.511 16.512 16.513 16.514 16.515 16.516 16.517 16.518 16.519 16.520 16.521 16.522 16.523 16.524 16.525 16.526 16.527 16.528 16.529 16.530 16.531 16.532 16.533 16.534 16.535 16.536 16.537 16.538 16.539 16.540 16.541 16.542 16.543 16.544 16.545 16.546 16.547 16.548 16.549 16.550 16.551 16.552 16.553 16.554 16.555 16.556 16.557 16.558 16.559 16.560 16.561 16.562 16.563 16.564 16.565 16.566 16.567 16.568 16.569 16.570 16.571 16.572 16.573 16.574 16.575 16.576 16.577 16.578 16.579 16.580 16.581 16.582 16.583 16.584 16.585 16.586 16.587 16.588 16.589 16.590 16.591 16.592 16.593 16.594 16.595 16.596 16.597 16.598 16.599 16.600 16.601 16.602 16.603 16.604 16.605 16.606 16.607 16.608 16.609 16.610 16.611 16.612 16.613 16.614 16.615 16.616 16.617 16.618 16.619 16.620 16.621 16.622 16.623 16.624 16.625 16.626 16.627 16.628 16.629 16.630 16.631 16.632 16.633 16.634 16.635 16.636 16.637 16.638 16.639 16.640 16.641 16.642 16.643 16.644 16.645 16.646 16.647 16.648 16.649 16.650 16.651 16.652 16.653 16.654 16.655 16.656 16.657 16.658 16.659 16.660 16.661 16.662 16.663 16.664 16.665 16.666 16.667 16.668 16.669 16.670 16.671 16.672 16.673 16.674 16.675 16.676 16.677 16.678 16.679 16.680 16.681 16.682 16.683 16.684 16.685 16.686 16.687 16.688 16.689 16.690 16.691 16.692 16.693 16.694 16.695 16.696 16.697 16.698 16.699 16.700 16.701 16.702 16.703 16.704 16.705 16.706 16.707 16.708 16.709 16.710 16.711 16.712 16.713 16.714 16.715 16.716 16.717 16.718 16.719 16.720 16.721 16.722 16.723 16.724 16.725 16.726 16.727 16.728 16.729 16.730 16.731 16.732 16.733 16.734 16.735 16.736 16.737 16.738 16.739 16.740 16.741 16.742 16.743 16.744 16.745 16.746 16.747 16.7

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, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO: LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0 1 0 9] [2 0 1 6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9 9] [9 9] [2 0 1 6].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 880) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

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

PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).

PARTE II. Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. Anote sólo una causa en cada renglón, entre semana número de línea ejemplo: para cardíaca, anote en 1.		Especifique la forma de la muerte fetal.		Código CIE	
a)	b)	c)	d)	e)	f)
1. Hemorragia intraventricular					
2. Hipoxia intrauterina					
3. Insuficiencia placentaria					
4. Hipertensión gestacional					
5. Tabaquismo					

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

ABREVIATURAS

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

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

Módulo 2017

FOLIO

171000001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. SEXO		2. EDAD GESTACIONAL		3. PESO		4. DE UN EMBARAZO		5. ATENCIÓN PRENATAL		6.2 Total de consultas recibidas	
Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐		Semanas Días		Semanas Días		Espontáneo ☐ Reproductivo asistido ☐		5.1 Recibo atención prenatal SI ☐ No ☐ Se ignora ☐			
4.1 El embarazo fue: Único ☐ Gemelar ☐ Tres o más ☐		7.1 Estado de la piel del producto: Pielosa (Normal) ☐ Macerada ☐		7.2 ¿Se practicó recopio? SI ☐ No ☐		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN		9.1 Tipo de validez		9.2 Nombre de la validez	
6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal ☐ Complicado ☐		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto ☐ Durante el parto ☐		9.3 Núm. Exterior		9.4 Núm. Interior		9.5 Tipo de asentamiento humano		9.6 Nombre del asentamiento humano	
9. Domicilio donde ocurrió la expulsión o extracción		9.7 Código Postal		9.8 Localidad		9.9 Municipio o delegación		9.10 Entidad federativa		9.11 Nombre de la unidad médica	
10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN		10.1 Nombre de la unidad médica		10.2 Clase única de Establecimientos de Salud (CLUES)		10.3 Tipo de asistencia		10.4 Tipo de asistencia		10.5 Tipo de asistencia	
11. ¿QUÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?		12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE		13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN		14. VIOLENCIA		14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre?		14.2 ¿Ante la relación que tiene el presunto agresor con la madre?	
Medico gineco-obstetra ☐ Otro médico ☐ Enfermero ☐ Partera ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		Espontáneo ☐ Provocado ☐ Terapéutico ☐ Se ignora ☐		Paso vaginal espontáneo ☐ Cesárea ☐ Forzada ☐ Se ignora ☐		SI ☐ No ☐ Se ignora ☐		SI ☐ No ☐ Se ignora ☐		SI ☐ No ☐ Se ignora ☐	
15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO		16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL		17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
a)		b)		c)		d)		e)		f)	
19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
25. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		26. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		27. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		28. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		29. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
31. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		32. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		33. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		34. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		35. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		36. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
37. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		38. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		39. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		40. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		41. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		42. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
43. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		44. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		45. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		46. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		47. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		48. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
49. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		50. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		51. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		52. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		53. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		54. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
55. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		56. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		57. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		58. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		59. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		60. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
61. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		62. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		63. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		64. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		65. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		66. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
67. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		68. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		69. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		70. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		71. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		72. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
73. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		74. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		75. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		76. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		77. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		78. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
79. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		80. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		81. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		82. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		83. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		84. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
85. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		86. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		87. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		88. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		89. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		90. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
91. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		92. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		93. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		94. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		95. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		96. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
97. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		98. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		99. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		100. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		101. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		102. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
103. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		104. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		105. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		106. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		107. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		108. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
109. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		110. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		111. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		112. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		113. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		114. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
115. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		116. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		117. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		118. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		119. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		120. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
121. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		122. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		123. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		124. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		125. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		126. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
127. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		128. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		129. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		130. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		131. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		132. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
13											

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, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxílese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [01/09/2016]. 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 (2018), anote [99/9/9] 2018].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o tene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la expulsión o extracción del producto.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0.4]5[0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1.3]0[0]. No registre con otra unidad de medida (1kg= 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [16]0[5].
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?** En 14.1 anote una "X" en la opción "Si", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).

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

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

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL		Especifique si la causa fue:	
		Materna	Fetal
a)	Hemorragia intraventricular	☐	☒
b)	Hipoxia intrauterina	☐	☒
c)	Insuficiencia placentaria	☒	☐
d)	Hipertensión gestacional	☒	☐
e)	Tabaquismo	☒	☐

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

ABREVIATURAS

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



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLENÉSE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Instituto 2017
FOLIO

171000001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. SEXO Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐		2. EDAD GESTACIONAL Semanas Días		3. PESO Gramos		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo ☐ Reproductivo asistido ☐ 4.1 El embarazo fue: Único ☐ Gemelar ☐ Tres o más ☐		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		5.2 Total de consultas recibidas 	
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal ☐ Complicado ☐		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto ☐ Durante el parto ☐		7.1 Estado de la piel del producto Píscica (Normal) ☐ Macerada ☐		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí ☐ No ☐		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos			
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN											
9.1 Tipo de localidad				9.2 Nombre de la localidad				9.3 Num. Exterior		9.4 Num. Interior	
9.5 Tipo de asentamiento humano				9.6 Nombre del asentamiento humano				9.7 Código Postal			
9.8 Localidad				9.9 Municipio o delegación				9.10 Entidad federativa			
10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN											
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐				10.1 Nombre de la unidad médica				Vía pública ☐ Otro lugar ☐		Hogar ☐ Se ignora ☐	
IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐				10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)							
11. ¿QUÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?											
Médico gineco-obstetra ☐ Otro médico ☐ Enfermera ☐ Partera ☐ Otro ☐ Se ignora ☐				12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo ☐ Provocado ☐ Terapéutico ☐ Se ignora ☐							
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN											
Parto vaginal espontáneo ☐ Cesárea ☐ Forceps ☐ Se ignora ☐				14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐				14.2 ¿Anotó la relación que tiene el presunto agresor con la madre? 			
15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO											
a)											
b)											
16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar medios de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, interrupción de la comunicación materno-feto, etc.)											
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte											
a) Debido a (o como consecuencia de)											
b) Debido a (o como consecuencia de)											
c) Debido a (o como consecuencia de)											
d)											
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que lo produjo											
e)											
f)											
Uso exclusivo del personal codificador											
17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE											
18. NOMBRE											
Nombre(s)				Primer Apellido				Segundo Apellido			
19. CURP											
20. NACIONALIDAD Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora ☐											
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐											
22. EDAD (Años)											
23. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Se ignora ☐											
24. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre											
24.1 Tipo de localidad				24.2 Nombre de la localidad				24.3 Num. Exterior		24.4 Num. Interior	
24.5 Tipo de asentamiento humano				24.6 Nombre del asentamiento humano				24.7 Código Postal			
24.8 Localidad				24.9 Municipio o delegación				24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		24.11 Teléfono	
25. ESCOLARIDAD											
Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐				25.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐				26. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ☐			
27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD											
Ninguna ☐ IMSS ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐				27.1 Número de seguridad social o afiliación				28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) Se ignora ☐			
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TIPO NÚMERO DE MUJERES (AS)											
29.1 Nacidos Muertos (as)				29.2 Sobrevivientes				30. ¿VIVE LA MADRE? Sí ☐ No ☐			
31. NOMBRE											
Nombre(s)				Primer Apellido				Segundo Apellido			
32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO											
33. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique											
34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional											
35. NOMBRE											
Nombre(s)				Primer Apellido				Segundo Apellido			
36. DOMICILIO											
36.1 Tipo de localidad				36.2 Nombre de la localidad				36.3 Num. Exterior		36.4 Num. Interior	
36.5 Tipo de asentamiento humano				36.6 Nombre del asentamiento humano				36.7 Código Postal			
36.8 Localidad				36.9 Municipio o delegación				36.10 Entidad federativa			
37. TELÉFONO											
38. FIRMA											
39. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año											

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxílese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0]1[0]9[2]016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9]9[9]2016.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan "asterisco" se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vía (ej. 950) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la expulsión o extracción del producto.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0]4[5]0. Si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1]3[0]0. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1]6[0]5.
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ESTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?** En 14.1 anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(a) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).

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

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

14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".)		Especifique si la causa fue atribuida a la madre o al producto	
CAUSAS	Debido a, (o como consecuencia de)	MADRE	FETO
1. Hemorragia intraventricular		☐	☐
2. Hipoxia intrauterina		☐	☐
3. Insuficiencia placentaria		☐	☐
4. Hipertensión gestacional		☐	☐
5. Tabaquismo		☐	☐

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

ABREVIATURAS

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