

SECRETARÍA DE SALUD

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

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

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

CONSIDERANDO

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

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

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

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

Que los artículos 389, fracciones II y III, 391 y 392 de la Ley General de Salud, así como el artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica señalan que los certificados de defunción y muerte fetal, se extenderán en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud, mismos que se darán a conocer mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación;

Que el 30 de enero de 2009, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal", mismo que ha sido modificado por los diversos publicados en dicho medio de difusión oficial el 29 de diciembre de 2011, 6 de febrero de 2015 y el 26 de diciembre de 2017, respectivamente;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. El presente Acuerdo deja sin efectos el Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009; así como sus Acuerdos modificatorios publicados en el mismo órgano de difusión oficial los días 29 de diciembre de 2011, 06 de febrero de 2015 y 26 de diciembre de 2017.

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

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

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

ANEXO 1 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

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

Modelo 2022
FOLIO
999999999

DE LA (DEL) FALLECIDO(A)

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A) Persona desconocida ☐
Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

2. FECHA DE NACIMIENTO _____ 3. SEXO Hombre ☐1 Mujer ☐2 Se ignora ☐99 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____
Día Mes Año

5. CURP _____ 6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99 7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99

8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99 *Especifique: _____ 9. NACIONALIDAD Mexicana ☐1 ignora ☐99 Otra ☐2 *Especifique: _____

10. 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 persona de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora ☐99 10.1 Folio del Certificado de Nacimiento _____ 10.2 Semanas de gestación _____ 10.3 Paso al nacer (gramos) _____ 11. SITUACIÓN CONYUGAL Se ignora ☐99 Sotero ☐1 En unión libre ☐4 Casado ☐5 Separado ☐6 Divorciado ☐3 Viudo ☐2

12. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido(a) _____ 12.1 Tipo de vivienda _____ 12.2 Nombre de la vivienda _____ 12.3 Núm. Ext. _____ 12.4 Núm. Int. _____ 12.5 Tipo de asentamiento humano _____ 12.6 Nombre del asentamiento humano _____ 12.7 Código Postal _____ 12.8 Localidad _____ 12.9 Municipio o Alcaldía _____ 12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____

13. ESCOLARIDAD Ninguna ☐1 Primaria ☐3 Bachillerato o preparatoria ☐7 Posgrado ☐10 Prescolar ☐12 Secundaria ☐5 Profesional ☐8 Se ignora ☐99 13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐1 Incompleta ☐2 14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ☐99 14.1 Trabajaba Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99 15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐1 ISSSTE ☐3 SEDENA ☐5 IMSS BIENESTAR ☐10 ISSFAM ☐11 Se ignora ☐99 15.1 Número de seguridad social o afiliación _____ IMSS ☐2 PEMEX ☐4 SEMAR ☐6 Otra ☐8 *Especifique: _____

DEL INF.

16. NOMBRE _____ 17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO(A) _____ 18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE _____
Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐1 ISSSTE ☐4 SEMAR ☐7 IMSS BIENESTAR ☐2 PEMEX ☐5 Otra unidad médica pública ☐8 IMSS ☐3 SEDENA ☐6 Unidad médica privada ☐9 19.1 Nombre de la unidad médica _____ 19.2 Cueva Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____ 19.3 Nombre de la unidad médica _____ 19.4 Lugar _____ 19.5 Se ignora ☐99

20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____ 20.1 Tipo de vivienda _____ 20.2 Nombre de la vivienda _____ 20.3 Núm. Ext. _____ 20.4 Núm. Int. _____ 20.5 Tipo de asentamiento humano _____ 20.6 Nombre del asentamiento humano _____ 20.7 Código Postal _____ 20.8 Localidad _____ 20.9 Municipio o Alcaldía _____ 20.10 Entidad federativa _____

21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año _____ 21.1 Hora: Minutos _____ 22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99 23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99 23.1 Fecha de cirugía _____ 23.2 Nombre de cirugía _____ 24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99

25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad ☐4 Accidente ☐1 Agresión ☐2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente ☐3 Intervención legal ☐5 Se ignora ☐99

26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)
PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) _____ Debida a (o como consecuencia de) _____
b) Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada. Debida a (o como consecuencia de) _____
c) Debida a (o como consecuencia de) _____
d) _____
PARTE II Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción. (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico) _____

27. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99 28. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS? 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐1 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐4 El parto ☐2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción ☐5 El puerperio ☐3 28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☐2 28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☐2 29. ¿LA (EL) FALLECIDO(A) PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Si ☐1 No ☐2 30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 30.1 CÓDIGO ADICIONAL _____

31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99 32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle o carretera (vía pública) ☐4 Calle o carretera (vía particular) ☐7 Ares comercial o de servicio ☐5 Ares recreativa ☐8 Área industrial ☐2 Vivienda particular ☐0 Escuela u oficina pública ☐2 Vivienda colectiva ☐1 Área deportiva ☐3 Rotero, tabacalera u otros ☐6 Se ignora ☐99 33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: _____ Investigación pendiente ☐1 No puede determinarse ☐2

34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR(A) CON LA (EL) FALLECIDO(A) _____ 35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TOXICO): _____

ACCIDENTAL O VIOLENTA

36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) _____ 36.1 Tipo de vivienda _____ 36.2 Nombre de la vivienda _____ 36.3 Núm. Ext. _____ 36.4 Núm. Int. _____ 36.5 Tipo de asentamiento humano _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano _____ 36.7 Código Postal _____ 36.8 Localidad _____ 36.9 Municipio o Alcaldía _____ 36.10 Entidad federativa _____

37. CERTIFICADA POR Médico/a tratante ☐1 Médico/a legista ☐2 Otro/a médico/a ☐3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐4 Autoridad Civil ☐5 Otro/a ☐8 *Especifique: _____

38. NOMBRE _____ 39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A Número de la cédula profesional _____ 40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE _____
Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

41. DOMICILIO Y TELÉFONO _____ 41.1 Tipo de vivienda _____ 41.2 Nombre de la vivienda _____ 41.3 Núm. Ext. _____ 41.4 Núm. Int. _____ 41.5 Tipo de asentamiento humano _____ 41.6 Nombre del asentamiento humano _____ 41.7 Código Postal _____ 41.8 Localidad _____ 41.9 Municipio o Alcaldía _____ 41.10 Entidad federativa _____ 41.11 Teléfono _____

42. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año _____

DEL REG. CIVIL

43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro _____ Num. Acta _____ 44. LUGAR DE REGISTRO 44.1 Localidad _____ 44.2 Municipio o Alcaldía _____ 44.3 Entidad federativa _____ 45. FECHA DE REGISTRO Día Mes Año _____

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por una (un) médica/o, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.27 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la (del) fallecida/o, sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la (del) fallecida/o. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo*: para 5 de marzo de 2016 anote [0]5[0]3[2]0[1]6. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo*: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: [9]9[9]2[0]1[0].
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 880) e interior si aplica (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O.** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecida/o sea una (un) recién nacida/o sin Acta de Nacimiento, escribir "Recién Nacida/o" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
4. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecida/o. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
6. **¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se autoreconociera como afromexicana/o.
7. **¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se reconociera como indígena de acuerdo a su cultura.
8. **¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
10. **EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que la (el) fallecida/o vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo*: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9]9[9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
Para menores de 28 días de nacida/o: 10.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9 recuadros. 10.2 Anote las semanas de gestación y 10.3 Anote el peso al nacer en gramos.
11. **SITUACIÓN CONYUGAL.** Situación de la (del) fallecida/o de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero/a".
12. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecida/o. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
13. **ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos/as de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (del) fallecida/o y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
14. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo*: obrera/o, maestro/a, etc. En 14.1 marque la opción "Sí" cuando la (el) fallecida/o contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la (el) fallecida/o se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, jubilada/o, rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
15. **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliada/o la (el) fallecida/o. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la (el) fallecida/o no tenía afiliación a servicios de salud.
18. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
19. **SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
21. **FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, revisar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo*: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1]7[0]9[.]
24. **¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, avise inmediatamente a la autoridad civil.
25. **TIPO DE DEFUNCIÓN.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.
26. **CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

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

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

ABREVIATURAS

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2022
FOLIO

999999999

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

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		Persona desconocida ☐	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre ☐ _1_ Mujer ☐ _2_ Se ignora ☐ _99_	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, o nació en el extranjero _____		5. CURP _____	
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANO/A? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_		7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_	
8. ¿HABLABA ALGUN LINGÜA INDÍGENA? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_ *Especifique: _____		9. NACIONALIDAD Mexicana ☐ _1_ Se ignora ☐ _9_ Otra ☐ _2_ *Especifique: _____	
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año o más: _____		11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a ☐ _1_ En unión libre ☐ _4_ Casado/a ☐ _5_ Separado/a ☐ _6_ Divorciado/a ☐ _3_ Viudo/a ☐ _2_	
12. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido/a: _____		13.1 Folio del Certificado de Nacimiento 10.3 Folio al nacer (gramos) _____	
12.1 Tipo de vitalidad _____ 12.2 Nombre de la vitalidad _____ 12.3 Núm. Ext. _____ 12.4 Núm. Int. _____		12.5 Tipo de asentamiento humano _____ 12.6 Nombre del asentamiento humano _____ 12.7 Código Postal _____	
12.8 Localidad _____ 12.9 Municipio o Alcaldía _____ 12.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		13. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ _1_ Primaria ☐ _3_ Bachillerato o preparatoria ☐ _7_ Posgrado ☐ _10_ Prescolar ☐ _12_ Secundaria ☐ _5_ Profesional ☐ _9_ Se ignora ☐ _99_	
14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ☐ _99_ Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_		15.1 Número de segundos 600 al o afiliación _____	
16. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO/A _____	
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ _1_ ISSSTE ☐ _4_ SEMAR ☐ _7_ IMSS BIENESTAR ☐ _2_ FEMEX ☐ _5_ Otra unidad médica pública ☐ _8_ IMSS ☐ _3_ SEDENA ☐ _6_ Unidad médica privada ☐ _9_		19.1 Nombre de la unidad médica _____ 19.2 Causal única de Establecimientos de Salud (CUES) _____	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 20.1 Tipo de vitalidad _____ 20.2 Nombre de la vitalidad _____ 20.3 Núm. Ext. _____ 20.4 Núm. Int. _____		20.5 Tipo de asentamiento humano _____ 20.6 Nombre del asentamiento humano _____ 20.7 Código Postal _____	
20.8 Localidad _____ 20.9 Municipio o Alcaldía _____ 20.10 Entidad federativa _____		21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad ☐ _4_ Accidente ☐ _1_ Agresión ☐ _2_ Lesiones autoinfligidas intencionalmente ☐ _3_ Intervención legal ☐ _5_ Se ignora ☐ _9_		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_	
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de la defunción en línea a) _____ Reporte la cadena de afecciones o eventos en detallado orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada. b) _____ c) _____ d) _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción: _____ Código CIE _____	
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_		28. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS? 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ _1_ El parto ☐ _2_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción ☐ _5_	
29.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ _1_ El parto ☐ _2_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción ☐ _5_		29.2 ¿Las causas vitales fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_	
30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		30.1 CÓDIGO ADICIONAL Código CIE _____	
31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_		32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle o carretera (vía pública) ☐ _4_ Granja (rancho o parcela) ☐ _7_ Área comercial o de servicio ☐ _5_ Otro ☐ _8_ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ _6_ Se ignora ☐ _9_	
33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: _____		34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR/A CON LA (EL) FALLECIDO/A _____	
35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO): _____		36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) 36.1 Tipo de vitalidad _____ 36.2 Nombre de la vitalidad _____ 36.3 Núm. Ext. _____ 36.4 Núm. Int. _____	
36.5 Tipo de asentamiento humano _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano _____ 36.7 Código Postal _____		36.8 Localidad _____ 36.9 Municipio o Alcaldía _____ 36.10 Entidad federativa _____	
37. CERTIFICADA POR Médico/a tratante ☐ _1_ Médico/a legista ☐ _2_ Cirujano/a ☐ _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ _4_ Autoridad Civil ☐ _5_ Otro/a ☐ _9_ *Especifique: _____		38. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A _____		40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE _____	
41. DOMICILIO Y TELÉFONO 41.1 Tipo de vitalidad _____ 41.2 Nombre de la vitalidad _____ 41.3 Núm. Ext. _____ 41.4 Núm. Int. _____		41.5 Tipo de asentamiento humano _____ 41.6 Nombre del asentamiento humano _____ 41.7 Código Postal _____	
41.8 Localidad _____ 41.9 Municipio o Alcaldía _____ 41.10 Entidad federativa _____ 41.11 Teléfono _____		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro _____ Num. Acta _____		44. LUGAR DE REGISTRO 44.1 Localidad _____ 44.2 Municipio o Alcaldía _____ 44.3 Entidad federativa _____	
45. FECHA DE REGISTRO Día _____ Mes _____ Año _____		46. FECHA DE REGISTRO 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 una (un) médica/o, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la (del) fallecida/o, sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la (del) fallecida/o. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de marzo de 2016 anote [0,5][0,3][2,0,1,6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: [9,9][9,9][2,0,1,0].
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, *sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.*
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O.** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecida/o sea una (un) recién nacida/o sin Acta de Nacimiento, escribir "Recién Nacida/o" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
4. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecida/o. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
6. **¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se reconociera como afromexicana/o.
7. **¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se reconociera como indígena de acuerdo a su cultura.
8. **¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
10. **EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que la (el) fallecida/o vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo:* para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9,9][9,9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
Para menores de 28 días de nacido/a: 10.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9 recuadros. 10.2 Anote las semanas de gestación y 10.3 Anote el peso al nacer en gramos.
11. **SITUACIÓN CONYUGAL.** Situación de la (del) fallecida/o de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero/a".
12. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecida/o. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
13. **ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos/as de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (del) fallecida/o y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
14. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrero/a, maestro/a, etc. En 14.1 marque la opción "Sí" cuando la (el) fallecida/o contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la (el) fallecida/o se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, jubilado/a, rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
15. **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliada/o la (el) fallecida/o. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la (el) fallecida/o no tenía afiliación a servicios de salud.
18. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (el) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
19. **SITO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
21. **FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, revisar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo:* si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1,17][0,9].
24. **¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, avise inmediatamente a la autoridad civil.
25. **TIPO DE DEFUNCIÓN.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.
26. **CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, *sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción.* Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

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

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

ABREVIATURAS

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

 Modelo 2022
FOLIO

999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		Persona desconocida ☐	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre ☐ _1_ Mujer ☐ _2_ Se ignora ☐ _99_	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, o nació en el extranjero _____		5. CURP _____	
6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANO/A? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_ *Especifique: _____		9. NACIONALIDAD Mexicana ☐ _1_ Se ignora ☐ _9_ Otra ☐ _2_ *Especifique: _____	
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año o más: _____ Años cumplidos _____ Se ignora ☐ _9_		11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a ☐ _1_ En unión libre ☐ _4_ Casado/a ☐ _5_ Separado/a ☐ _6_ Divorciado/a ☐ _3_ Viudo/a ☐ _2_	
12. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido/a: _____ 12.1 Tipo de vivienda: _____ 12.2 Nombre de la vivienda: _____ 12.3 Núm. Ext.: _____ 12.4 Núm. Int.: _____ 12.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 12.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 12.7 Código Postal: _____ 12.8 Localidad: _____ 12.9 Municipio o Alcaldía: _____ 12.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____		13. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ _1_ Primaria ☐ _3_ Secundaria ☐ _5_ Bachillerato o preparatoria ☐ _7_ Profesional ☐ _9_ Posgrado ☐ _10_ Se ignora ☐ _99_ Completa ☐ _1_ Incompleta ☐ _2_	
14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ☐ _99_ Trabajaba ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_		15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ _1_ ISSSTE ☐ _3_ SEDENA ☐ _5_ IMSS BIENESTAR ☐ _10_ ISSFAM ☐ _11_ Se ignora ☐ _99_	
16. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO/A _____	
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE Via pública ☐ _10_ Otro lugar ☐ _12_ Hogar ☐ _11_ Se ignora ☐ _99_		19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ _1_ ISSSTE ☐ _4_ SEMAR ☐ _7_ IMSS BIENESTAR ☐ _2_ FEMEX ☐ _5_ Otra unidad médica pública ☐ _8_ IMSS ☐ _3_ SEDENA ☐ _6_ Unidad médica privada ☐ _9_	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 20.1 Tipo de vivienda: _____ 20.2 Nombre de la vivienda: _____ 20.3 Núm. Ext.: _____ 20.4 Núm. Int.: _____ 20.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 20.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 20.7 Código Postal: _____ 20.8 Localidad: _____ 20.9 Municipio o Alcaldía: _____ 20.10 Entidad federativa: _____		21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_		25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad ☐ _4_ Accidente ☐ _1_ Agresión ☐ _2_ Lesiones autoinfligidas intencionalmente ☐ _3_ Intervención legal ☐ _5_ Se ignora ☐ _9_	
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) 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: Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción. (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico) _____		27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_	
28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ _1_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ _4_ El parto ☐ _2_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción ☐ _5_		29. ¿LA (EL) FALLECIDO/A PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_	
30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 30.1 CÓDIGO ADICIONAL _____		31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Si ☐ _1_ No ☐ _2_ Se ignora ☐ _9_	
32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular ☐ _1_ Escuela u oficina pública ☐ _2_ Vivienda colectiva ☐ _3_ Área deportiva ☐ _4_ Área industrial ☐ _5_ (taller, fábrica u obra) ☐ _6_ Calle o carretera (vía pública) ☐ _7_ Área comercial o de servicio ☐ _8_ Otro ☐ _9_ Se ignora ☐ _9_		33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: _____	
34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR/A CON LA (EL) FALLECIDO/A _____		35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO): _____	
36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) 36.1 Tipo de vivienda: _____ 36.2 Nombre de la vivienda: _____ 36.3 Núm. Ext.: _____ 36.4 Núm. Int.: _____ 36.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 36.7 Código Postal: _____ 36.8 Localidad: _____ 36.9 Municipio o Alcaldía: _____ 36.10 Entidad federativa: _____		37. CERTIFICADA POR Médico/a tratante ☐ _1_ Médico/a legista ☐ _2_ Otro/a médico/a ☐ _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ _4_ Autoridad Civil ☐ _5_ Otro/a ☐ _9_ *Especifique: _____	
38. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A _____	
40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE _____		41. DOMICILIO Y TELÉFONO 41.1 Tipo de vivienda: _____ 41.2 Nombre de la vivienda: _____ 41.3 Núm. Ext.: _____ 41.4 Núm. Int.: _____ 41.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 41.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 41.7 Código Postal: _____ 41.8 Localidad: _____ 41.9 Municipio o Alcaldía: _____ 41.10 Entidad federativa: _____ 41.11 Teléfono: _____	
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Num. Libro _____ Num. Acta _____	
44. LUGAR DE REGISTRO 44.1 Localidad: _____ 44.2 Municipio o Alcaldía: _____ 44.3 Entidad federativa: _____		45. FECHA DE REGISTRO 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 una (un) médica/o, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxilíase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la (del) fallecida/o, sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la (del) fallecida/o. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un período no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo*: para 5 de marzo de 2016 anote [0,5][0,3][2,0,1,6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo*: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: [9,9,9,9][2,0,1,0].
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O.** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecida/o sea una (un) recién nacida/o sin Acta de Nacimiento, escribir "Recién Nacida/o" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
4. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecida/o. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
6. **¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se autoreconocía como afromexicana/o.
7. **¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se reconocía como indígena de acuerdo a su cultura.
8. **¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
10. **EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que la (el) fallecida/o vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo*: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9,9,9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad. Para menores de 28 días de nacido/a: 10.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9 recuadros. 10.2 Anote las semanas de gestación y 10.3 Anote el peso al nacer en gramos.
11. **SITUACIÓN CONYUGAL.** Situación de la (del) fallecida/o de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero/a".
12. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecida/o. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
13. **ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos/as de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (del) fallecida/o y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
14. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo*: obrero/a, maestra/o, etc. En 14.1 marque la opción "Sí" cuando la (el) fallecida/o contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la (el) fallecida/o se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, jubilado/a, rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
15. **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliada/o la (el) fallecida/o. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la (el) fallecida/o no tenía afiliación a servicios de salud.
18. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
19. **SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
21. **FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, revisar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo*: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1,7][7,0,9].
24. **¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, avise inmediatamente a la autoridad civil.
25. **TIPO DE DEFUNCIÓN.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.
26. **CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

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

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

ABREVIATURAS

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

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por una (un) médica/o, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la (del) fallecida/o, sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la (del) fallecida/o. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de marzo de 2016 anote [0,5,0,3,2,0,1,6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: [9,9,9,9,2,0,1,0].
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O.** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecida/o sea una (un) recién nacida/o sin Acta de Nacimiento, escribir "Recién Nacida/o" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
4. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecida/o. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
6. **¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se reconociera como afromexicana/o.
7. **¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o se reconociera como indígena de acuerdo a su cultura.
8. **¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida/o hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
10. **EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que la (el) fallecida/o vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo:* para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9,9,9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
Para menores de 28 días de nacida/o: 10.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9 recuadros. 10.2 Anote las semanas de gestación y 10.3 Anote el peso al nacer en gramos.
11. **SITUACIÓN CONYUGAL.** Situación de la (del) fallecida/o de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero/a".
12. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecida/o. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
13. **ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos/as de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (del) fallecida/o y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
14. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrera/o, maestro/a, etc. En 14.1 marque la opción "Sí" cuando la (el) fallecida/o contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la (el) fallecida/o se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, jubilado/a, rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
15. **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliada/o la (el) fallecida/o. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la (el) fallecida/o no tenía afiliación a servicios de salud.
18. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (el) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
19. **SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
21. **FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, revisar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo:* si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1,7,0,9].
24. **¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, avise inmediatamente a la autoridad civil.
25. **TIPO DE DEFUNCIÓN.** No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.
26. **CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

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

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

ABREVIATURAS

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

VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

Modelo 2020
FOLIO

999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

1. SEXO Hombre ☐ 1 Se ☐ 2 Mujer ☐ 2		2. EDAD GESTACIONAL Semanas Gramos		3. PESO Gramos		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo ☐ 1 Reproducción asistida ☐ 2		4.1 E) Embarazo fue: Unico ☐ 1 Tres o más ☐ 3 Gemelar ☐ 2		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal ☐ 1 No ☐ 2 Se ☐ 3 Ignora ☐ 9		5.2 Total de consultas recibidas					
6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal ☐ 1 Complicado ☐ 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto ☐ 1 Durante el parto ☐ 2		7.1 Estado de la piel del producto: Normal ☐ 1 Macerada ☐ 2		7.2 ¿Se practicó necropsia? ☐ 1 No ☐ 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos									
9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS BIENESTAR ☐ 2 IMSS ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9												9.1 Nombre de la unidad médica		9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		9.3 Via pública ☐ 10 Hogar ☐ 11 Se ☐ 12 Ignora ☐ 99	
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Num. Ext. 10.4 Num. Int. 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa																	
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico(a) gineco-obstetra ☐ 1 Otro(a) médico(a) ☐ 2 Enfermero(a) ☐ 3 Partera(o) ☐ 4 Otro(a) ☐ 5 Se ☐ 6 Ignora ☐ 9																	
12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo ☐ 1 Cesárea ☐ 2 Se ☐ 3 Parto inducido ☐ 4 Fórceps ☐ 5 Otro ☐ 6 12.1 ¿Hubo evidencia de violencia doméstica hacia la madre o gestante durante este embarazo? ☐ 1 No ☐ 2 Se ☐ 3 Ignora ☐ 9																	
13. FIRMAS DE LA (DEL) INFORMANTE 14. NOMBRE: Número(s) Primer Apellido Segundo Apellido 15. PARENTESCO CON EL PRODUCTO 16. FIRMAS DE LA (DEL) INFORMANTE: Especificar si la causa fue: MATERNA ☐ 1 FETAL ☐ 2 Código CIE																	
17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL PARTO 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) PARTO II: Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que lo produjo 18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE																	
19. NOMBRE: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 20. FECHA DE NACIMIENTO: Día Mes Año 21. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado o territorio o país, si nació en el extranjero 22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANO? ☐ 1 No ☐ 2 Se ☐ 3 Ignora ☐ 9 23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? ☐ 1 No ☐ 2 Se ☐ 3 Ignora ☐ 9 24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ 1 No ☐ 2 Se ☐ 3 Ignora ☐ 9 25. CURP 26. NACIONALIDAD: Mexicana ☐ 1 Otra ☐ 2 Se ☐ 3 Ignora ☐ 9 27. EDADE (Años) 28. SITUACIÓN CONYUGAL: Soltero(a) ☐ 1 En unión libre ☐ 2 Casado(a) ☐ 3 Separado(a) ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 5 Viudo(a) ☐ 6 Se ☐ 7 Ignora ☐ 9 29. RESIDENCIA HABITUAL: Antero al domicilio y gestor permanente donde vive la madre o gestante 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Num. Ext. 29.4 Num. Int. 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) 29.11 Teléfono																	
30. ESCOLARIDAD: Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 2 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 4 Completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 6 Profesional ☐ 7 Posgrado ☐ 8 Se ☐ 9 Ignora ☐ 9 31. OCUPACIÓN HABITUAL: 31.1 Trabaja actualmente ☐ 1 No ☐ 2 Se ☐ 3 Ignora ☐ 9 32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ☐ 1 IMSS ☐ 2 SEDENA ☐ 3 IMSS BIENESTAR ☐ 4 SEMAR ☐ 5 IMSS ☐ 6 33. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJOS (NÚMERO): 34.1 Nacidos/los Muertos Se ☐ 1 Ignora ☐ 9 34.2 Nacidos/los Vivos Se ☐ 2 Ignora ☐ 9 35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? ☐ 1 No ☐ 2 Se ☐ 3 Ignora ☐ 9 36. CERTIFICADA POR: Médico(a) tratante ☐ 1 Otro(a) médico(a) ☐ 2 Autoridad civil ☐ 3 Médico(a) legista ☐ 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 5 37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional																	
38. NOMBRE: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 39. DOMICILIO: 39.1 Tipo de vivienda 39.2 Nombre de la vivienda 39.3 Num. Ext. 39.4 Num. Int. 39.5 Tipo de asentamiento humano 39.6 Nombre del asentamiento humano 39.7 Código Postal 39.8 Localidad 39.9 Municipio o Alcaldía 39.10 Entidad federativa 40. TELÉFONO 41. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE 42. 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 una/un médica/o, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxilíese con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre o gestante para obtener (o colear) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligada/o a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 1 de septiembre de 2016 anote 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: 9|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 explicar de forma clara la información que se solicita, en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de Vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (ej. 21, 2A, GS), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, *ejemplo:* si el producto pesa 450 gramos, anote 0|4|5|0, si pesa 1 kilo 300 gramos anote 1|3|0|0. No registre con otra unidad de medida (1kg.= 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote 1|6|0|5.
- SITO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "SI", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre/gestante o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Puede una sola causa en cada renglón. Evite señalar causas de muerte -ejemplo: parto normal, natural, interrupción de la gestación- antes de la causa principal.)		Especifique si la causa fue:		Indique si la causa fue:	
		MATERNA		FETAL	
a)	Hemorragia intraventricular	La	☐	Os	☐
b)	Debido a (o como consecuencia de)	La	☐	Os	☐
c)	Hipoxia intrauterina	La	☐	Os	☐
d)	Debido a (o como consecuencia de)	La	☐	Os	☐
e)	Insuficiencia placentaria	La	☐	Os	☐
f)	Debido a (o como consecuencia de)	La	☐	Os	☐
g)	Hipertensión gestacional	La	☐	Os	☐
h)	Debido a (o como consecuencia de)	La	☐	Os	☐
i)	Tabaquismo	La	☐	Os	☐

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

ABREVIATURAS

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



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

 Modelo 2022
 FOLIO

999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. SEXO Hombre ☐ 1 Se ignora ☐ 9 Mujer ☐ 2		2. EDAD GESTACIONAL Semanas Días		3. PESO Kilogramos		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo ☐ 1 Reproducción asistida ☐ 2 4.1 El Embarazo fue: Único ☐ 1 Gemelar ☐ 2 Tres o más ☐ 3		6. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal Sí ☐ 1 No ☐ 2 5.2 Total de consultas recibidas			
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal ☐ 1 Complicado ☐ 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto ☐ 1 Durante el parto ☐ 2		7.1 Estado de la piel del producto Normal ☐ 1 Macerada ☐ 2		7.2 ¿Se practicó necropsia? ☐ 1 No ☐ 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos			
9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS BIENESTAR ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9		9.1 Nombre de la unidad médica		9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		9.3 Vía pública ☐ 10 Hogar ☐ 11 Otro lugar ☐ 12 Se ignora ☐ 99					
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda		10.3 Núm. Ext.		10.4 Núm. Int.		10.5 Tipo de asentamiento humano			
10.6 Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa			
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico(a) gineco-obstetra ☐ 1 Otro(a) médico(a) ☐ 2 Enfermero(a) ☐ 3 Partero(a) ☐ 4 Se ignora ☐ 9		12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo ☐ 5 Cesárea ☐ 1 Se ignora ☐ 9 Parto inducido ☐ 6 Fórceps ☐ 2 Otro(a) ☐ 4 *Especifique		13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 Uso exclusivo de la (del) certificante		14. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		15. PARENTESCO CON EL PRODUCTO		16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE	
17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL 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 o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo			
18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		19. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Indice estadístico de la ciudad de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9			
23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 *Especifique		25. CURP		26. NACIONALIDAD Mexicana ☐ 1 Otra ☐ 2 *Especifique		27. EDAD (Años)			
28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero(a) ☐ 1 En unión libre ☐ 2 Casado(a) ☐ 3 Separado(a) ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 5 Viudo(a) ☐ 6 Se ignora ☐ 9		29. RESIDENCIA HABITUAL Anoto el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante 29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vivienda		29.3 Núm. Ext.		29.4 Núm. Int.			
29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o Alcaldía			
29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		29.11 Teléfono		30. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99		30.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ 1 Incompleta ☐ 2		31. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ☐ 99 31.1 Trabaja actualmente ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9			
32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 4 IMSS BIENESTAR ☐ 10 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 6 ISSFAM ☐ 11 *Especifique		32.1 Número de seguridad social o afiliación		32.2 Número de seguridad social o afiliación		33. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO MUJASIOS (NÚMERO) 34.1 Nacidos/muertos Se ignora ☐ 99 34.2 Nacidos/vivos Se ignora ☐ 99 34.3 Sobrevivientes			
35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Sí ☐ 1 No ☐ 2		35.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción		36. CERTIFICADA POR Médico(a) tratante ☐ 1 Médico(a) legista ☐ 2 Otro(a) médico(a) ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Otro(a) ☐ 5 *Especifique		37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO(A) Número de la cédula profesional		38. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
39. DOMICILIO 39.1 Tipo de vivienda		39.2 Nombre de la vivienda		39.3 Núm. Ext.		39.4 Núm. Int.		39.5 Tipo de asentamiento humano			
39.6 Nombre del asentamiento humano		39.7 Código Postal		39.8 Localidad		39.9 Municipio o Alcaldía		39.10 Entidad federativa			
40. TELÉFONO		41. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año							

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

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


999999999

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, 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 una/un médica/o, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre o gestante para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 1 de septiembre de 2016 anote [0|1|0|9|2|0|1|6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9|9|9|9|2|0|1|6].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe explicar de forma clara la información que se solicita, en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard); Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

1. **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
2. **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).
3. **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.
4. **ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
5. **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.
6. **¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
7. **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].
8. **SITO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
9. **PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
10. **¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
11. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
12. **CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre/gestante o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Puede una sola causa en cada renglón. Escribir señale modos de muerte: para certificar, asistencia, interrupción de la sexualidad materno-fetal, etc.)		Especifique a la causa (del)		Código CIE	
		MATERIA FETAL			
CONDICIONES FETALES O MATERIALES QUE ORIGINAN LA MUERTE (línea a) CONDICIONES MATERNALES O GESTANTES QUE ORIGINAN LA MUERTE (líneas b, c y d)	a) Hemorragia intraventricular	1a	O1	O2	
	b) Hipoxia intrauterina	1b	O1	O2	
	c) Insuficiencia placentaria	1c	O1	O2	
	d) Hipertensión gestacional	1d	O1	O2	
CONDICIONES PATOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS DEL FETO O DE LA MADRE O GESTANTE QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, pero no relacionadas con la enfermedad o estado materno que la produjo		Tabaquismo		R1	O1

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

ABREVIATURAS

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



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

 Modelo 2022
FOLIO

999999999
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. SEXO Hombre ☐ 1 Se ignora ☐ 9 Mujer ☐ 2		2. EDAD GESTACIONAL Semanas Grupos		3. PESO Gramos		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo ☐ 1 Reproducción asistida ☐ 2		4.1 El Embarazo fue: Único ☐ 1 Tres o más ☐ 3 Gemelar ☐ 2		6. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		5.2 Total de consultas recibidas 											
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal ☐ 1 Complicado ☐ 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto ☐ 1 Durante el parto ☐ 2		7.1 Estado de la piel del producto Normal ☐ 1 Macerada ☐ 2		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí ☐ 1 No ☐ 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos															
9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN												9.1 Nombre de la unidad médica		9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)									
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN												10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda		10.3 Núm. Ext.		10.4 Núm. Int.					
11. ¿QUÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?												11.1 Tipo de asentamiento humano		11.2 Nombre del asentamiento humano		11.3 Código Postal		11.4 Localidad					
12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN												12.1 Tipo de parto		12.2 Nombre de la madre		12.3 Código Postal		12.4 Localidad					
13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?												13.1 Tipo de parto		13.2 Nombre de la madre		13.3 Código Postal		13.4 Localidad					
14. NOMBRE												15. PARENTESCO CON EL PRODUCTO		16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE		17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL		18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
19. NOMBRE												20. FECHA DE NACIMIENTO		21. ENTIDAD DE NACIMIENTO		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O?		23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA?		24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			
25. CURP												26. NACIONALIDAD		27. EDAD (Años)		28. SITUACIÓN CONYUGAL		29. RESIDENCIA HABITUAL		30. ESCOLARIDAD		31. OCUPACIÓN HABITUAL	
32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD												33. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HJAS/OS (NÚMERO)		35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?		36. CERTIFICADO POR		37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/A			
38. NOMBRE												39. DOMICILIO		40. TELÉFONO		41. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN					

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

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

999999999

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por una/un médica/o, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxilíese con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre o gestante para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligada/o a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 1 de septiembre de 2016 anote [0]1[0]9[2]016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si es posible calcular solo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9]9[9]9[2]016.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe explicar de forma clara la información que se solicita, en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vivienda Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (ej. 21, 2A, G5). Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional). Nombre del asentamiento. Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento **no contiene** "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto. *ejemplo:* si el producto pesa 450 gramos, anote [0]4[5]0, si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1]3[0]0. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 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?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1]6[0]5.
- SITO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre/gestante o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Escriba señale la causa de muerte; ejemplo: para veneno, asfixia, interrupción de la circulación materna fetal, etc.)		Especifique si la causa es:		Indique si la causa es:	
		MATERNA		FETAL	
		CIE-10		CIE-10	
a)	Hemorragia intraventricular (Debido a (o como consecuencia de) la muerte)	La	☐	Ca	☐
b)	Hipoxia intrauterina (Debido a (o como consecuencia de) la muerte)	Lb	☐	Cb	☐
c)	Insuficiencia placentaria (Debido a (o como consecuencia de) la muerte)	Lc	☐	Cc	☐
d)	Hipertensión gestacional (Debido a (o como consecuencia de) la muerte)	Ld	☐	Cd	☐
Tabaquismo		Lt	☐	Ct	☐

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

ABREVIATURAS

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



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

Modelo 2022
FOLIO

999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. SEXO Hombre ☐ 1 Se ignora ☐ 9 Mujer ☐ 2		2. EDAD GESTACIONAL Semanas Gramos		3. PESO Gramos		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: ☐ 1 Si ☐ 2 No 5.2 Total de consultas recibidas			
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal ☐ 1 Complicado ☐ 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto ☐ 1 Durante el parto ☐ 2		7.1 Estado de la piel del producto Normal ☐ 1 Macerada ☐ 2		7.2 ¿Se practicó necropsia? ☐ 1 Si ☐ 2 No		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos					
9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS BIENESTAR ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9		9.1 Nombre de la unidad médica		9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		9.3 Nombre de la unidad médica		9.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		9.5 Nombre de la unidad médica			
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Ext. 10.4 Núm. Int. 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa		10.11 Teléfono		10.12 Teléfono			
11. ¿A QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra ☐ 1 Otro médico ☐ 2 Enfermera ☐ 3 Partera ☐ 4 Se ignora ☐ 9		12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo ☐ 1 Cesárea ☐ 2 Se ignora ☐ 3 Parto inducido ☐ 4 Fórceps ☐ 5 Otro* ☐ 6 *Especifique		13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Usó exclusivo de la (del) certificante ☐ 1 Si ☐ 2 No ☐ 3 Se ignora ☐ 9		14. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		15. PARENTESCO CON EL PRODUCTO		16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE		16.1 Código CIE	
17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.) PARTE I a) Devido a (o como consecuencia de) b) Devido a (o como consecuencia de) c) Devido a (o como consecuencia de) d) Devido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que lo produce		18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		19. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, si nació en el extranjero		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 *Especifique		25. CURP		26. NACIONALIDAD Mexicana ☐ 1 Otra* ☐ 2 *Especifique		27. EDAD (Años)		28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a ☐ 1 En unión libre ☐ 2 Casado/a ☐ 3 Separado/a ☐ 4 Divorciado/a ☐ 5 Viudo/a ☐ 6 Se ignora ☐ 9		29. RESIDENCIA HABITUAL Antes del domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante		29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Ext. 29.4 Núm. Int.	
29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad		29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) 29.11 Teléfono		30. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 2 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 4 Bachillerato o preparatoria ☐ 5 Profesional ☐ 6 Posgrado ☐ 7 Se ignora ☐ 9		30.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ 1 Incompleta ☐ 2		31. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ☐ 9		31.1 Trabajo actualmente ☐ 1 Si ☐ 2 No ☐ 3 Se ignora ☐ 9		32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 IMSS ☐ 3 SEDENA ☐ 5 IMSS BIENESTAR ☐ 2 IMSS ☐ 4 PEMEX ☐ 6 SEMAR ☐ 7 ISSFAM ☐ 8 *Especifique	
32.1 Número de seguridad social o afiliación		33. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO HJAS/OS (NÚMERO) 34.1 Nacidos/os Muertos/os Se ignora ☐ 9 34.2 Nacidos/os Vivos/os Se ignora ☐ 9 34.3 Sobrevivientes		35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Si ☐ 1 No ☐ 2		36. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Otro/a médico/a ☐ 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 3 Otro/a* ☐ 4 *Especifique		37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/A Número de la cédula profesional			
38. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		39. DOMICILIO 39.1 Tipo de vivienda 39.2 Nombre de la vivienda 39.3 Núm. Ext. 39.4 Núm. Int. 39.5 Tipo de asentamiento humano 39.6 Nombre del asentamiento humano 39.7 Código Postal		39.8 Localidad 39.9 Municipio o Alcaldía 39.10 Entidad federativa		40. TELÉFONO		41. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE		42. 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*

*SI LA MUERTE FETAL 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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



999999999

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por una/un médica/o, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre o gestante para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 1 de septiembre de 2016 anote [0]1[0]9[2]016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9]9[9]9[2]016.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe explicar de forma clara la información que se solicita, en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la 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 se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1]6[0]5.
- SITO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre/gestante o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Escribir además modos de muerte: por asfixia, toxemia, intervención de la toxicología materno-fetal, etc.)		Especifique si la causa fue:		Uso exclusivo del personal codificador	
		MATERNA / FETAL		Código CIE	
a)	Hemorragia intraventricular (Debido a (o como consecuencia de) _____)	1a	O1 O2		
b)	Hipoxia intrauterina (Debido a (o como consecuencia de) _____)	1b	O1 O2		
c)	Insuficiencia placentaria (Debido a (o como consecuencia de) _____)	1c	O1 O2		
d)	Ripertensión gestacional (Debido a (o como consecuencia de) _____)	1d	O1 O2		
PARTE II Otras causas patológicas significativas del feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado materno que lo produjo		2a	O1 O2		
Tabaquismo					

- ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afromexicana/o.
- ¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
- ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrera/o, maestra/o, etc. En 31.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o labora en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante, se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de las/os hijas/os, a estudiar, rentista, etc.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la madre o gestante no tenga afiliación a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO).** Anote el número de hijas/os que ha tenido la madre o gestante, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no. 34.1 cuántas/os hayan nacido muertas/os, 34.2 cuántas/os hayan nacido vivas/os y 34.3 cuántas/os sobrevivieron.
- ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 43-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que la (lo) identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicos/os, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- 42. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

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

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

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE MUERTE FETAL

Nombre de la madre o gestante

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

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

**Sexo de la madre
o gestante**

CURP de la madre o gestante

Fecha de certificación

Folio

Fecha de expulsión

Semanas de gestación

Firma electrónica de la (del) certificante

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

Sello electrónico de la Unidad Médica

Cadena original

Código
QR

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