

# SUBSISTEMA DE EPIDEMIOLOGICO Y ESTADÍSTICO DE DEFUNCIONES SEED

## MANUAL DE LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

MODELO 2017

# SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Director General de Comunicación Social

Directora General de Información en Salud

# DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS)

Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza  
Director General

Director de Información sobre Necesidades de Salud y Población

Director de Información de Recursos para la Salud

Director de Sistemas de Información de Servicios de Salud

Subdirector de Estudios de Salud

Subdirector de Información de Necesidades de Salud

Subdirector de Clasificaciones de la Información en Salud

Subdirector de Integración y Difusión de la Información

Subdirector de Información Institucional

Subdirector de Información Hospitalaria

Subdirector de Información Financiera

## AGRADECIMIENTOS

La Dirección General de Información en Salud, responsable de la elaboración del presente manual, agradece a los miembros del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) que contribuyeron para el enriquecimiento en la actualización de este documento:

Dirección General de Evaluación del Desempeño, SSA

Dirección General de Epidemiología, SSA

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, SSA

Secretaría de la Defensa Nacional

Secretaría de Marina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Petróleos Mexicanos

Instituto Mexicano del Seguro Social, Régimen Prospera

Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Registro Nacional de Población e Identificación Personal, SEGOB

Consejo Nacional de Población

Asociación Nacional de Hospitales Privados

Asimismo hace extensivo el agradecimiento al personal de Estadística, de los diversos niveles administrativos en los Servicios Estatales de Salud, quienes con sus experiencias cotidianas han colaborado también a enriquecer el presente manual.

En particular, se reconoce el apoyo y colaboración de las siguientes personas:

---

# ÍNDICE

- I. Introducción
- II. Antecedentes
  - a. Estadísticas Vitales
  - b. Estadísticas de Defunción
- III. Marco Jurídico
- IV. Lineamientos para La Expedición del Certificado de Defunción
- V. Lineamientos para el Manejo, Control, Uso y Vigencia del Certificado de Defunción y de Muerte Fetal
- VI. Lineamientos en Caso de Cancelación, Robo o Extravío
- VII. Formato del Certificado de Defunción
- VIII. Descripción del Certificado de Defunción
- IX. Llenado del Certificado de Defunción
  - Datos del Fallecido
  - De la Defunción
  - Muertes Accidentales o Violentas
  - Del Informante
  - Datos del Certificante
  - Datos del Registro Civil
- X. Formato del Certificado de Muerte Fetal
- XI. Descripción del Certificado de Muerte Fetal
- XII. Llenado del Certificado de Muerte Fetal
  - Datos del Producto del Embarazo y del Suceso
  - Causas de la Muerte Fetal
  - Datos de la Madre
  - Del Informante
  - Datos del Certificante
- XIII. Glosario de Términos
- XIV. Bibliografía

# I. INTRODUCCIÓN

El Certificado de Defunción es el formato único a nivel nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, que hace constar la defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho.

Como apoyo al cumplimiento de este objetivo y con base en lo establecido en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (DOF 02 de febrero de 2010) en su artículo 24, fracción VIII; la DGIS, como instancia responsable de establecer el diseño, contenido, distribución, control y supervisión de los certificados de defunción, elaboró el presente Manual de Llenado del Certificado de Defunción; el cual tiene la finalidad de guiar en su llenado al responsable de expedir el Certificado de Defunción, describiendo a detalle las variables que integran el formato y especificando la forma como deben ser registradas de acuerdo con las circunstancias que acompañaron el fallecimiento y a las características del mismo, contribuyendo de esta forma a mejorar la calidad de la información captada.

En este contexto, y en el marco de las modificaciones realizadas al formato respectivo, a partir del modelo 2012, se elaboró esta tercera edición del Manual de Llenado del Certificado de Defunción, en la cual el usuario podrá reconocer una importante mejora.

## II. ANTECEDENTES

### ESTADÍSTICAS VITALES

Las estadísticas vitales son elementos básicos para conocer la situación demográfica de un país, así como insumos indispensables para la planeación económica y social, al proporcionar información sobre la tendencia del crecimiento natural de la población (natalidad y mortalidad), sobre su distribución geográfica y su agregación y comportamiento a lo largo del tiempo, permitiendo identificar a los grupos demandantes de servicios médicos, educación, y vivienda, entre otros.

Las estadísticas vitales están compuestas por los registros de nacimientos, defunciones, muertes fetales, matrimonios y divorcios. Esta información proporciona herramientas para la detección de necesidades, la elaboración y evaluación de programas, la caracterización de los actores involucrados, la planeación de servicios y la distribución de recursos. Respecto de los nacimientos se pretende conocer la frecuencia con que ocurren estos hechos en el país; mientras que en el rubro de las defunciones se produce información que permite conocer y comparar su volumen, sus tendencias y sus características en los diferentes ámbitos geográficos; con las estadísticas de muertes fetales, por su parte, se espera obtener su frecuencia y las causas que las originan; el registro de los matrimonios arroja datos que permiten obtener el volumen y las características demográficas y socioeconómicas de la población involucrada; asimismo las estadísticas de divorcios muestran la frecuencia, las causas y los factores que influyen para que estos ocurran.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) “las variables que se utilizan en dichas estadísticas guardan una estrecha relación con dos aspectos principales: el hecho en particular y la persona relacionada o involucrada” (INEGI, 2003). Por ejemplo, las variables obtenidas de los Certificados de Defunción son las relacionadas con el hecho de la muerte y con las características sociodemográficas del fallecido.

### ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES

Como se mencionó, entre los hechos vitales se encuentran las defunciones, y las estadísticas de dichos eventos permiten conocer la frecuencia con que ocurren éstos en el país y las causas que los provocan, con lo cual, una vez obtenido su volumen y desglose, es posible conocer entre otros aspectos, la efectividad de los programas de salud, así como detectar las necesidades de servicios y recursos médicos.

**Cabe destacar que la población desconoce la relevancia acerca del registro de las defunciones a nivel nacional, lo que complica y obstaculiza la realización de otros trámites subsecuentes tales como la inhumación o cremación del cuerpo. Situación que hace necesario fortalecer la difusión sobre la importancia del certificado y de su correcto uso.**

### III. MARCO JURÍDICO

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación (DOF) 29-XII-1976, última reforma publicada DOF 17-VI-2009 (artículos 2, 26 y 39).
- Ley General de Salud. DOF 07-II-1984, última reforma publicada DOF 27-IV-2010 (artículos 3 fracción **XXVIII Bis.**, 104 fracción I y 106).
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. DOF 11-VI-2002, última reforma publicada DOF 05-VII-2010.
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. DOF 16-IV-2008.
- Código Civil Federal DOF 26-V-1928, última reforma 28-01-2010.
- Códigos Civiles de las entidades federativas, vigentes.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 19-I-2004, última reforma 02-II-2010 (artículos 2 apartado B fracción VIII y 24 fracciones III y VIII).
- Reglamentos de los Registros Civiles de las entidades federativas.
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. DOF 11-VI-2003.
- Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018.
- Programa Nacional de Salud 2012-2018.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
- Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública. DOF 05-VII-2010.
- Lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. DOF 20-II-2004.
- Norma Técnica sobre Domicilios, INEGI. DOF 12-XI-2010.

## IV. LINEAMIENTOS PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

De acuerdo en lo establecido en la NOM-035-SSA3-2012 se debe cumplir con lo siguiente:

12.2.3 Para toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional es obligatoria su certificación, para lo cual deben utilizarse los formatos vigentes de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal.

Las defunciones y muertes fetales ocurridas en el extranjero quedan excluidas de la expedición del Certificado correspondiente.

12.2.4 Para toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional, el Certificado de Defunción es requisito indispensable para el trámite del Acta de Defunción.

El Certificado de Defunción no debe ser confundido con el Acta de Defunción.

El Certificado de Defunción no debe ser utilizado en sustitución o como complemento del Acta de Defunción para fines legales o administrativos.

12.2.5 El Certificado de Defunción y el Certificado de Muerte Fetal están conformados por un original y tres copias.

Con objeto de asegurar la integración de la información y el registro de las defunciones y muertes fetales ocurridas se establece lo siguiente para ambos Certificados:

12.2.5.1 El original y sus dos primeras copias deben entregarse al interesado(a) con la instrucción de que a su vez deben entregarlos en el Registro Civil para obtener el Acta de Defunción y el permiso de inhumación en caso de una defunción, o para tramitar el permiso de inhumación en caso de una muerte fetal.

12.2.5.2 Si el Certificado no es reclamado, la unidad médica del SNS que lo haya expedido o el certificante, debe remitirlo a los SESA.

12.2.5.3 Corresponde a los SESA, en un plazo no mayor a una semana a partir de la fecha de registro, recuperar el Certificado original del Registro Civil para complementar la integración de la información en el SEED.

12.2.5.4 La primera copia del Certificado debe ser entregada por el Registro Civil al INEGI, institución responsable de su custodia.

12.2.5.5 La segunda copia del Certificado queda bajo resguardo del Registro Civil.

12.2.5.6 La tercera copia del Certificado debe conservarse en la unidad médica del SNS que certificó la defunción para garantizar la integración de la información correspondiente

en el SEED, de conformidad con los términos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS, así como para cotejar la información requerida por los SESA.

Si la defunción o muerte fetal no fue certificada por alguna unidad médica del SNS, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a los SESA, en un período no mayor a los diez días hábiles posteriores a su expedición.

Los Servicios Médicos Forenses de común acuerdo con los SESA, pueden conservar la tercera copia de los Certificados expedidos siempre y cuando se establezca un mecanismo que asegure la incorporación de la información en el SEED.

12.2.6 Los Certificados de Defunción y Muerte Fetal deben ser expedidos por única vez para toda defunción o muerte fetal ocurrida en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por un médico con cédula profesional o por la persona autorizada por la autoridad sanitaria correspondiente.

Antes de su expedición es indispensable que el certificante haya revisado el cuerpo, constatado la defunción (o muerte fetal) y las probables causas de defunción.

12.2.7 Los Certificados de Defunción y Muerte Fetal deben expedirse según las circunstancias que acompañen la defunción o muerte fetal, de conformidad con lo siguiente:

12.2.7.1 Si la defunción ocurrió en una unidad médica del SNS, el Certificado de Defunción debe ser expedido obligatoriamente de forma inmediata después de ocurrida la defunción, por el médico tratante (médico que dio la última asistencia), o a falta de éste, por otro médico autorizado por la unidad médica para la certificación.

Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica del SNS el Certificado de Muerte Fetal debe ser expedido obligatoriamente de forma inmediata después de ocurrida la muerte fetal, por el médico que atendió la expulsión o extracción del producto, o a falta de éste, por otro médico autorizado por la unidad médica para la certificación.

12.2.7.2 Si la defunción ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y el fallecido recibió atención durante su último proceso de enfermedad en alguna unidad médica del SNS, a solicitud del interesado, es obligación de ésta expedir el Certificado de Defunción dentro de las siguientes 48 horas después del deceso.

Si la muerte fetal ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y la madre recibió atención durante el embarazo en alguna unidad médica del SNS, a solicitud del interesado, es obligación de ésta expedir el Certificado de Muerte Fetal dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrido el evento.

12.2.7.3 Si la muerte ocurrió en el traslado entre una unidad y otra, es responsabilidad de la unidad de referencia (la que envió al paciente) expedir el Certificado de Defunción.

Si la muerte fetal ocurrió en el traslado de la madre entre una unidad y otra, es responsabilidad de la unidad de referencia (la que envió a la madre) expedir el Certificado de Muerte Fetal.

12.2.7.4 Si la defunción ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y el fallecido no recibió atención durante su último proceso de enfermedad en alguna unidad médica del SNS es responsabilidad de los SESA establecer los mecanismos que garanticen la expedición del Certificado de Defunción dentro de las siguientes 48 horas después del deceso.

Si la muerte fetal ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y la madre no recibió atención durante su embarazo en alguna unidad médica del SNS es responsabilidad de los SESA establecer los mecanismos que garanticen la expedición del Certificado de Muerte Fetal dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrido el evento.

12.2.7.5 En el caso de las defunciones o muertes fetales ocurridas por causas externas (violentas, accidentales o autoinflingidas):

12.2.7.5.1 El personal médico o quien conozca del hecho debe dar aviso inmediato a la autoridad competente, quien tiene la obligación de expedir el Certificado respectivo dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrido el evento (o de encontrado el cuerpo, según sea el caso).

12.2.7.5.2 El Certificante debe asentar en el Certificado de Defunción la presunta intencionalidad del evento y detallar las circunstancias en las que éste ocurrió, de acuerdo a la información disponible al momento de la Certificación.

12.2.7.5.3 Sólo en el caso de encontrar partes vitales de un cuerpo (cabeza, tórax y/o pelvis), se expedirá un Certificado de Defunción, previa investigación de concordancia para evitar duplicidad en la certificación.

12.2.8 Para todos los casos anteriores, antes de la expedición del Certificado de Defunción y/o Muerte Fetal, el certificador debe consultar la historia clínica del fallecido, según sea el caso, y los documentos de identificación oficial para garantizar el correcto llenado del mismo; en caso de no existir la historia clínica, el certificador debe auxiliarse con los datos proporcionados por el informante.

12.2.9 La expedición y entrega de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal no debe ser condicionada por motivo alguno, salvo lo señalado en el numeral 12.2.6.

12.2.10 Todo profesional de la salud o persona facultada por la autoridad sanitaria correspondiente que expida un Certificado de Defunción o un Certificado de Muerte Fetal debe estar capacitado para su correcto llenado y es considerada responsable de la información contenida en los mismos para los efectos de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Cualquier variación dolosa entre los hechos ocurridos y lo asentado en un Certificado de Defunción o de Muerte Fetal, será objeto de sanción conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Los SESA deben prohibir a cualquier certificante, temporal o definitivamente según la gravedad o reincidencia, la expedición de Certificados de Defunción y/o Muerte Fetal y suspenderle la entrega de formatos, cuando se detecten anomalías en su uso y manejo, desviaciones con respecto a lo asentado en la presente norma y demás disposiciones jurídicas aplicables o calidad deficiente de la información contenida en los mismos.

12.2.11 El diseño, impresión y distribución a las entidades federativas de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal corresponde a la Secretaría a través de la DGIS la cual, quinquenalmente, de conformidad con las necesidades del SNS y de las disposiciones jurídicas aplicables determina sus modificaciones y/o actualizaciones.

La distribución de Certificados al interior de las entidades federativas corresponde a los SESA, de acuerdo a los términos y procedimientos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS, así como con las disposiciones jurídicas aplicables adicionales establecidas al interior de cada entidad federativa.

12.2.12 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 SEED, de conformidad con los términos, procedimientos y protocolos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS.

Los SESA y las demás instituciones del SNS, son responsables de integrar oportunamente la información de todos los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal expedidos bajo su jurisdicción en el SEED, así como de vigilar y asegurar la calidad de dicha información.

La información nacional del SEED se integra mensualmente con carácter parcial y anualmente con carácter preliminar por la DGIS.

La información captada en el SEED es nominal.

12.2.13 La generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal debe basarse en el concepto de causa básica de defunción, captando además todas las causas contenidas en el Certificado, con apego a los procedimientos normados en la CIE en materia de registro, codificación de las causas de defunción y selección de la causa básica. Estas estadísticas deben incluir además información acerca del fallecido y sus variables sociodemográficas, sobre los servicios de salud recibidos y las circunstancias que acompañaron a la defunción.

La generación de tabulados de principales causas de mortalidad debe realizarse conforme a los criterios establecidos por el CEMECE y para fines de publicación, conforme a lo acordado en el CTESS.

12.2.14 Los SESA son responsables ante la Secretaría a través de la DGIS del estricto control y uso adecuado de los folios proporcionados por la misma en la dotación de

Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, así como de vigilar el retiro de los formatos obsoletos cuando la DGIS así lo indique.

De la misma manera, todo establecimiento de una institución del SNS, persona o instancia contemplada en la distribución de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, es a su vez responsable ante los SESA del estricto control y uso adecuado de los folios asignados, así como de retirar de circulación los formatos obsoletos cuando estos así lo indiquen.

12.2.15 Los integrantes del SNS, así como a las personas e instancias facultadas para expedir Certificados de Defunción, deben entregar a los SESA, a más tardar en el mes de enero del año siguiente a la fecha de expedición de los Certificados de Defunción, fotocopia legible de los mismos, a fin de que a más tardar en marzo del mismo año, los SESA entreguen a la Secretaría a través de la DGIS los certificados expedidos para:

- a) Defunciones de niños menores de cinco años,
- b) Defunciones identificadas como muerte materna confirmada o probable y
- c) Defunciones de presuntos homicidio.

Asimismo, deben proporcionar fotocopia legible de cualquier Certificado expedido, a las autoridades competentes y a los SESA, con base en las disposiciones jurídicas aplicables, cuando éstas así lo requieran y soliciten oficialmente.

12.2.16 Con el objetivo de asegurar la calidad de las estadísticas de mortalidad, de acuerdo a los términos y procedimientos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS, la información asentada en el Certificado de Defunción es sujeta de investigación con fines de rectificación cuando los resultados de un estudio avalen la modificación. Particularmente debe observarse lo siguiente:

12.2.16.1 Todas las defunciones maternas confirmadas, probables o sospechosas de serlo, deben ser estudiadas conforme a los procedimientos establecidos para la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas, acorde a lo que disponga el Manual que al efecto publique la Secretaría, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

Para lo anterior los integrantes del SNS deben proporcionar en tiempo y forma la documentación solicitada por los SESA para realizar la investigación y éstos a su vez a la Secretaría a través de la DGIS a solicitud de ésta última.

12.2.16.2 Las defunciones en las que intervino una causa de notificación inmediata o una de las contempladas en los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica, deben ser estudiadas conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana para la vigilancia epidemiológica, con objeto de rectificar o ratificar la información contenida en el Certificado de acuerdo a los términos y procedimientos establecidos por la Secretaría a través, según corresponda, de la DGIS y de la Dirección General de Epidemiología.

12.2.16.3 Para las defunciones ocurridas por causas externas (violentas, accidentales o autoinflingidas) se debe rectificar o ratificar la información contenida en el Certificado, una vez concluida la investigación efectuada por las autoridades competentes, quienes deben informar del resultado final de dicha investigación a los SESA de acuerdo a los términos y procedimientos establecidos para tal efecto, y éstos a su vez tienen la obligación de informar lo conducente a la Secretaría a través de la DGIS.

12.2.17 Los SESA y los integrantes del SNS deben vigilar el correcto llenado de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal expedidos bajo su jurisdicción, así como capacitar permanentemente en esta tarea al personal certificante, enfatizando el registro preciso y ordenado de las causas de defunción de acuerdo con los procedimientos especificados en la CIE; además de mantenerlo informado sobre la importancia que lo anterior tiene en la vigilancia epidemiológica, la generación de estadísticas, la toma efectiva de decisiones y sobre las implicaciones jurídicas que pudieran derivarse del mal llenado de los mismos.

Adicionalmente, deben capacitar permanentemente al personal responsable de la codificación de las causas de defunción y selección de causa básica, así como al involucrado en la captura de la información y en la operación del SEED y/o de las aplicaciones informáticas desarrolladas para integrar la información en el mismo.

12.2.18 Los SESA y los integrantes del SNS deben orientar a los certificantes acerca de las instancias donde pueden obtener los formatos para expedir Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, así como los requisitos establecidos para obtenerlos.

De la misma manera deben informar a los ciudadanos sobre la importancia de exigir el Certificado de Defunción o el Certificado de Muerte Fetal, según sea el caso, y del procedimiento a seguir para obtenerlo de acuerdo a las circunstancias de la ocurrencia del hecho.

12.2.19 Mortalidad Hospitalaria, las defunciones en las Unidades Hospitalarias, representan un indicador de calidad asistencial, por lo que su análisis se utiliza como un valioso instrumento para la planificación y gestión hospitalaria, la cual, es una medida indirecta de su capacidad resolutive.

Las fuentes primarias para la Mortalidad Hospitalaria, son los registros de hospitalización y el Certificado de Defunción. En caso de discrepancia, se debe dar prioridad a lo señalado en este último documento.

## V. LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO, CONTROL, USO Y VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL

- La expedición del Certificado de Defunción y Muerte Fetal **no debe ser condicionada** por motivo alguno, salvo lo establecida en el numeral 12.2.10 de la sección IV.
- Al entregar el Certificado de Defunción se le debe aclarar al informante o familiares del fallecido que este documento **NO SUSTITUYE AL ACTA DE DEFUNCIÓN** como documento legal para realizar trámites oficiales, por lo que deberán acudir a la brevedad al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción correspondiente.
- Los datos personales vertidos en los certificados están protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- Los Servicios Estatales de Salud, son responsables ante la DGIS del estricto control y uso adecuado de los Certificados de Defunción foliados que le fueron proporcionados por la misma en la dotación correspondiente y de coordinar el retiro de los formatos obsoletos cuando ésta así lo indique. De la misma manera todo establecimiento de una institución del SNS, persona o instancia contemplada en la distribución de Certificados de Defunción, es a su vez responsable ante los Servicios Estatales de Salud, del estricto control, resguardo y uso adecuado de los Certificados de Defunción foliados que le fueron asignados, así como de retirar de circulación los formatos obsoletos cuando se le indique.
- Las instancias y personas contempladas en la distribución de Certificados de Defunción deben entregar mensualmente en medio electrónico, a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud responsables de la distribución de los mismos, un listado con el control de los Certificados de Defunción foliados que les fueron asignados, indicando en éste la situación que guarda cada folio (en resguardo, expedido, cancelado, extraviado o robado). De igual forma los Servicios Estatales de Salud deben entregar a la DGIS, mensualmente y en medio electrónico, el control de los Certificados de Defunción foliados correspondiente a su entidad.
- Dentro de los requisitos que podrán establecer los SESA para la dotación de los formatos del Certificado de Defunción, será que los certificantes particulares deban de entregar una copia de la constancia del curso del “Correcto Llenado del Certificado de Defunción”.
- A partir del Modelo 2017 de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, estos tendrán una vigencia máxima de 5 años, por lo que se podrán certificar las defunciones

y muertes fetales con el modelo mencionado sin importan cuando fue su año de impresión.

- Cada año se reiniciara el folio del certificado, ejemplo para defunciones:
  - Impresión 2017: Modelo 2017, folio inicial 170000001
  - Impresión 2018: Modelo 2017, folio inicial 180000001
- Para fines de identificar la foliación de los formatos, en el tercer dígito del folio, cuando este sea cero (0) se referirá a un Certificado de Defunción y cuando este sea uno (1) se referirá a un Certificado de Muerte Fetal, ejemplo:
  - Modelo 2017, folio 18**0**000001, es un formato de defunciones impreso el año 2018
  - Modelo 2017, folio 18**1**000001, es un formato de muerte fetal impreso el año 2018
- Tabla de vigencia del Modelo 2017

AÑO DE IMPRESIÓN	VIGENCIA MODELO 2017				
	2017	2018	2019	2020	2021
2017	X	X	X	X	X
2018		X	X	X	X
2019			X	X	X
2020				X	X
2021					X

## VI. LINEAMIENTOS EN CASO DE CANCELACIÓN, ROBO O EXTRAVÍO

- Todas las instancias y personas contempladas en la distribución de Certificados deben entregar mensualmente a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud responsables de la distribución, los **certificados cancelados** (el original y las tres copias) mediante oficio, adjuntando a éste una relación de sus folios y el motivo de cancelación respectivo. Posteriormente los Servicios Estatales de Salud deben proceder de acuerdo al Manual para la Operación de Archivos Administrativos, solicitando a su Centro de Documentación Estatal, vía oficio, la destrucción de los mismos y enviando a la DGIS copia de dicho oficio. Así mismo, los Servicios Estatales de Salud deben dar aviso inmediato al Registro Civil de la entidad a fin de que éste proceda a boletinar los folios cancelados.
- Para todos los niveles de distribución en **caso de robo o extravío de formatos del Certificado de Defunción**, se debe seguir el siguiente procedimiento:
  - I . El área que tenga bajo su resguardo los formatos del Certificado de Defunción es la responsable de los mismos y por lo tanto es quien debe levantar de manera inmediata una acta administrativa de hechos ante el Departamento Jurídico de su Institución, así como la respectiva denuncia de hechos ante el Ministerio Público por el robo o extravío del o los formatos según sea el caso. En ambos casos debe quedar asentado la cantidad y los números de folios de los Certificados faltantes.
  - II . Una vez presentada la denuncia, el área que tenga bajo su resguardo los formatos del Certificado de Defunción, debe avisar inmediatamente a los Servicios Estatales de Salud mediante oficio, anexando copia del acta u comprobante entregado por el Ministerio Público.
  - III . Los Servicios Estatales deben de igual manera avisar inmediatamente por oficio al Registro Civil Estatal para que este proceda a boletinar en sus Oficialías los folios de los Certificados de Defunción robados y/o extraviados.
  - IV . Por último, los Servicios Estatales de Salud deben enviar a la DGIS una copia del oficio entregado al Registro Civil Estatal para su envío al resto de los estados y con ello asegurar que no se haga mal uso de los Certificados robados o extraviados en los Registros Civiles a nivel nacional.
- En caso de que el informante o familiar del fallecido extravíe el Certificado de Defunción antes de entregarlo en el Registro Civil y éste haya sido expedido en una unidad médica. El informante o familiar del fallecido debe acudir a la autoridad competente (Ministerio Público, Juez de lo Civil, Jefe Municipal, Comisariado Ejidal, etc.) para solicitar una *constancia de hechos*, con este documento debe presentarse

en la unidad médica que le proporcionó el certificado original, para que ésta le entregue una copia fotostática de la tercera copia (hoja verde), debidamente sellada y firmada por el Director de la unidad médica o en su defecto por el área o persona que este último designe (como por ejemplo, el área jurídica de la unidad).

- En caso de que el informante o familiar del fallecido extravíe el Certificado de Defunción antes de entregarlo en el Registro Civil, y éste haya sido expedido fuera de una unidad médica por una persona autorizada por la Secretaría de Salud. El informante o familiar del fallecido debe presentar la *constancia de hechos* a la instancia responsable de la distribución de dicho Certificado (Jurisdicción Sanitaria, unidad médica, área específica designada por cada institución o los Servicios Estatales de Salud) para que en ésta le entreguen una copia fotostática de la tercera copia (hoja verde), debidamente sellada y firmada por la persona responsable. En estos casos es importante que el certificante oriente a los familiares sobre el lugar al que les corresponde acudir para solicitar dicha copia.
- En caso de que el Certificado de Defunción haya sido **robado** al informante o familiar del fallecido, éste debe acudir al Ministerio Público correspondiente para presentar una *denuncia de hechos* y seguir el procedimiento mencionado en los puntos anteriores, según aplique.

VII. FORMATO DEL CERTIFICADO DE  
DEFUNCIÓN  
FRENTE Y REVERSO



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

Modelo 2017  
**FOLIO**  
**17000001**

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

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



17000001

<b>DEL FALLECIDO</b>	<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
	<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día _____ Mes _____ Año _____		<b>3. SEXO</b> Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
	<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
	<b>5. CURP</b> _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_		<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
	<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_			
	<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Vuido(a) <input type="radio"/> _2_ Casado(a) <input type="radio"/> _5_ En unión libre <input type="radio"/> _4_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			
	<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
	<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input type="radio"/> _2_ 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_			
	<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
	<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>	<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ Unidad médica pública <input type="radio"/> _8_ Otra unidad médica privada <input type="radio"/> _9_ 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Vía pública <input type="radio"/> _10_ Otro lugar <input type="radio"/> _12_ 14.4 Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____				
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____				
<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_				
<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_				
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) 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) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____				
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE _____				
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _5_ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____				
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> _0_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> _6_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5_ Otro <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____				
<b>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____				
<b>DEL INF.</b>	<b>23. NOMBRE</b> Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
	<b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b> _____		<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico* <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil* <input type="radio"/> _5_ Otro* <input type="radio"/> _8_ *Especifique _____	
	<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Número de la cédula profesional _____		<b>27. NOMBRE</b> Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
	<b>28. FIRMA</b> _____		<b>29. DOMICILIO Y TELEFONO</b> 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____	
<b>DEL REG. CIVIL</b>	<b>30. FECHA DE CERTIFICACION</b> Día _____ Mes _____ Año _____			
	<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

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

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

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

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:**

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

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

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

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir—ejemplo: por cardíaco, estenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  Causas antecedentes Estados morbosos, al suceder alguno, que produjeron la causa correspondiente a esta, mencionándose en último lugar la causa básica	a) <b>Peritonitis aguda</b>	2 días	
	b) <b>Perforación del duodeno</b>	4 días	
	c) <b>Úlcera duodenal</b>	3 años	
	d) <b>Hipertensión arterial</b>	5 años	

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

**ABREVIATURAS**

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

## VIII. DESCRIPCIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

El Certificado de Defunción se presenta en original (hoja blanca) y tres copias (1ª rosa, 2ª azul y 3ª verde)

El *Certificado de Defunción* está dividido en 6 secciones:

- 1) Datos del Fallecido **(de la pregunta 1 a la 13)**. El objetivo de este apartado es obtener información sociodemográfica del fallecido y derechohabencia.
- 2) Datos de la Defunción **(de la pregunta 14 a la 21)**. El objetivo de este apartado es obtener información que permite ubicar en tiempo, lugar y causas de la defunción (cuando, donde y porque)
- 3) Datos de Muertes Accidentales y Violentas **(pregunta 22)**. El objetivo de este apartado es obtener información sobre la presunta intencionalidad del evento; si fue un presunto: accidente, homicidio o suicidio.
- 4) Datos del Informante **(preguntas 23 y 24)**. El objetivo de este apartado es obtener información que nos permita identificar a la persona que proporcione los datos, para aclaraciones posteriores
- 5) Datos del Certificante **(de la pregunta 25 a la 30)**. El objetivo de este apartado es obtener información que nos permita identificar a la persona que llenó el *Certificado de Defunción*, para realizar cualquier aclaración posterior (como la vigilancia epidemiológica)
- 6) Datos del Registro Civil **(preguntas 31 y 32)**. El objetivo de este apartado es obtener información para verificar la cobertura del registro de las defunciones.

Al reverso del formato se tiene un instructivo, con instrucciones generales y específicas, que debe ser leído antes de llenar el certificado

## IX. LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

### CONSIDERACIONES PREVIAS AL LLENADO

La persona que expide el *certificado* debe:

Leer cuidadosamente lo que se le solicita en cada pregunta y si tiene dudas, consultar el instructivo que se encuentra en el reverso del formato y/o el presente manual.

Llenarlo en su totalidad, exceptuando aquellas preguntas que no apliquen. (Datos del Registro Civil **(de la pregunta 31 y 32)** o datos de muertes accidentales y violentas **(pregunta 22)**, si se trata de una muerte natural.

Llenarlo a mano, con bolígrafo de tinta negra o azul (no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo), con letra de molde; clara y legible, apoyándose en una superficie plana y firme, oprimiendo el bolígrafo lo suficiente para garantizar la legibilidad en las copias o bien con máquina de escribir.

Advertir al informante que los datos que proporcione, sobre todos los personales del fallecido como son: nombre (s) y apellidos, fecha y lugar de nacimiento, así como su estado conyugal es información que se verificará en el Registro Civil para expedir el Acta de Defunción, por lo que es muy importante que estos datos sean veraces (es conveniente que el certificante solicite una copia del Acta de Nacimiento del fallecido a los familiares).

Evitar hacer tachaduras, enmendaduras, borrones, uso de corrector, ya que ello invalida el documento. Si hay error en el llenado, se debe proceder a cancelar el *Certificado* y elaborar uno nuevo.

Considerar lo siguiente:

En las preguntas de opción múltiple, el certificante debe seleccionar sólo una opción, marcando con una "X" el círculo correspondiente, excepto en la pregunta 14 "Afiliación a Servicios de Salud", donde podrá elegir máximo dos opciones.

Para las respuestas en que se requiera anotar números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, ..., 9) y

Donde haya casillas debe anotarse un número por cada una de ellas, sin dejar casillas vacías, inicie con "0" para cubrir todos los espacios, por ejemplo, para escribir la fecha 2 de Septiembre de 2010 se escribe en las casillas en blanco 02 09 2010

Para las preguntas cuya respuesta se desconoce al momento de llenar el certificado, debe seleccionarse la opción "Se ignora", no sin antes agotar todas las posibilidades para obtener el dato.

Recordar que por ningún motivo se podrá comercializar el Certificado de Defunción ni condicionar su entrega. La contravención a lo dispuesto en este lineamiento será

sancionado conforme a lo establecido en la legislación penal vigente de cada entidad federativa, y caso de tratarse de servidores públicos, además a lo señalado en las Leyes de Responsabilidades de Servidores Públicos que correspondan.

# INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DEL LLENADO DE CADA PREGUNTA.

## DATOS DEL FALLECIDO

**Para el llenado de este apartado, debe consultar la historia clínica del fallecido y sus documentos de identificación.** De no existir la historia clínica auxíliese de la información proporcionada por el interesado o acuda a los familiares (de preferencia directos).

- 1. NOMBRE.** Anotar el nombre completo del fallecido, iniciando por el(los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido.
  - El nombre debe anotarse idénticamente a como esté asentado en el Acta de Nacimiento, por lo que se recomienda copiarlo directamente de este documento o en su defecto de la identificación oficial o comprobante de identidad que presente el informante.
  - Sin abreviaturas, a menos que se encuentre la información de esa manera en el Acta de Nacimiento.

### Nombre conocido

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Maria Guadalupe</b> <b>Ramirez</b> <b>Martinez</b> Nombre(s)      Primer Apellido      Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día      Mes      Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1      Mujer <input type="radio"/> _2      Se ignora <input type="radio"/> _9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP Se ignora <input type="radio"/> _99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1      No <input type="radio"/> _2      Se ignora <input type="radio"/> _9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1      Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique

### Nombre desconocido

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Desconocido</b> <b>Desconocido</b> <b>Desconocido</b> Nombre(s)      Primer Apellido      Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día      Mes      Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1      Mujer <input type="radio"/> _2      Se ignora <input type="radio"/> _9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP Se ignora <input type="radio"/> _99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1      No <input type="radio"/> _2      Se ignora <input type="radio"/> _9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1      Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique

- 2. FECHA DE NACIMIENTO.** Anotar el día, mes y año de nacimiento.
  - La fecha de nacimiento debe ser la misma que se encuentre asentada en el Acta de Nacimiento, por lo que se recomienda copiarla directamente de este documento o en su defecto de la identificación oficial o comprobante de identidad que presente.

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2,... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.
- Cuando se desconozca la fecha de nacimiento, ya sea completa o una parte de ella, se debe anotar '99' para el día, '99' para el mes y '9999' para el año.

Fecha de nacimiento conocida

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Maria Guadalupe</b> <b>Ramirez</b> <b>Martinez</b>		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO   2   4   0   6   1   9   8   5   Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
5. CURP		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique	

Fecha de nacimiento desconocida

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Desconocido</b> <b>Desconocido</b> <b>Desconocido</b>		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO   9   9   9   9   9   9   9   9   Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
5. CURP		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique	

**3. SEXO.** Marcar con una "X" según corresponda: Hombre, Mujer o 'Se ignora'  
Sexo conocido

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Maria Guadalupe</b> <b>Ramirez</b> <b>Martinez</b>		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO   2   4   0   6   1   9   8   5   Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
5. CURP		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique	

Sexo se ignora o es desconocido

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Desconocido</b> <b>Desconocido</b> <b>Desconocido</b>		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO   9   9   9   9   9   9   9   9   Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input checked="" type="radio"/> _9_	
5. CURP		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique	



- En caso de que esta información se desconozca, marcar con una “X” en ‘Se ignora’, dejando en blanco los espacios para anotar la CURP.

**CURP conocida**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Maria Guadalupe</b> <b>Ramirez</b> <b>Martinez</b>		
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 2   4   0   6   1   9   8   5 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>Estado de México</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <b>R   A   M   M   8   5   0   6   2   4   M   M   C   M   R   R   0   2</b> Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input checked="" type="radio"/> 2 → Especifique

**CURP se ignora o es desconocida**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Desconocido</b> <b>Desconocido</b> <b>Desconocido</b>		
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 9   9   9   9   9   9   9   9 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>Se ignora</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input checked="" type="radio"/> 2 → Especifique

**Cuando el fallecido es extranjero no se debe anotar nada en la CURP**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Maria Guadalupe</b> <b>Ramirez</b> <b>Martinez</b>		
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 2   4   0   6   1   9   8   5 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>Nicaragua</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input checked="" type="radio"/> 2 → Especifique

**6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA.** Marcar con una X la respuesta que corresponda: Si, No o “Se ignora”, en caso de que el fallecido hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.

**El fallecido no hablaba alguna lengua indígena**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Maria Guadalupe</b> <b>Ramirez</b> <b>Martinez</b>		
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 2   4   0   6   1   9   8   5 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>Estado de México</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <b>R   A   M   M   8   5   0   6   2   4   M   M   C   M   R   R   0   2</b> Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input checked="" type="radio"/> 2 → Especifique

Se ignora si el fallecido hablaba alguna lengua indígena

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <b>Desconocido</b> Primer Apellido <b>Desconocido</b> Segundo Apellido <b>Desconocido</b>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 9 9 9 9 9 9	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> _9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>Se ignora</b>
5. CURP Se ignora <input checked="" type="radio"/> _99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> _9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _9 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique

**7. NACIONALIDAD.** Marcar con una “X” según corresponda: Mexicano (a), otra Nacionalidad o ‘Se ignora’. Cuando selecciones “Otra”, debe anotar la nacionalidad en “Especifique”

La nacionalidad se conoce y es mexicana

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <b>Maria Guadalupe</b> Primer Apellido <b>Ramirez</b> Segundo Apellido <b>Martinez</b>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 9 8 5	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>Estado de México</b>
5. CURP <b>R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2</b> Se ignora <input type="radio"/> _99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _9 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique

La nacionalidad se ignora o desconoce

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <b>Desconocido</b> Primer Apellido <b>Desconocido</b> Segundo Apellido <b>Desconocido</b>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 9 9 9 9 9 9	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> _9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>Descocido</b>
5. CURP Se ignora <input checked="" type="radio"/> _99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> _9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Se ignora <input checked="" type="radio"/> _9 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique

Cuando el fallecido es extranjero y se conoce la nacionalidad

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <b>Maria Guadalupe</b> Primer Apellido <b>Ramirez</b> Segundo Apellido <b>Martinez</b>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 9 8 5	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>Nicaragua</b>
5. CURP Se ignora <input type="radio"/> _99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _9 Otra <input checked="" type="radio"/> _2 → <b>Nicaragüense</b> Especifique

**8. EDAD CUMPLIDA.** Especifique la edad del fallecido según corresponda. Para menores de una hora, anotar minutos (de 01 a 59). Para menores de un día, anote la edad en horas (de 01 a 23). Para menores de un mes, anote la edad en días (de 01 a 29). Para menores de un año, anote la edad en meses (de 01 a 11). Si el fallecido tenía un año de edad o más, cubra los tres espacios destinados, utilizando ceros a la izquierda para



Semanas de gestación desconocidas

8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	2	3	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora
	Minutos	Horas	Días			Meses	Años cumplidos	<input type="radio"/> 9
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:			9. ESTADO CONYUGAL		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) <input type="radio"/> 6		
0 2 1 0 7 5 8 1 4			9 9			Viudo(a) <input type="radio"/> 2		
						Casado(a) <input type="radio"/> 5		
						En unión libre <input type="radio"/> 4		
						Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		
						Soltero(a) <input type="radio"/> 1		
						Se ignora <input type="radio"/> 9		

**9. ESTADO CONYUGAL.** Es la situación en que se encuentra el fallecido mayor de 12 años al momento de la expedición del Certificado, se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho.

- Leer todas las posibles respuestas al informante antes de seleccionar una opción.
- En caso de que esta información se desconozca, marcar la opción ‘Se ignora’.
- Advertir que en el Registro Civil será verificado el estado conyugal y en caso de no coincidir con lo asentado en este Certificado tendrá contratiempos para el trámite del Acta de Defunción respectiva.

Estado conyugal conocido

8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	2	3	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora
	Minutos	Horas	Días			Meses	Años cumplidos	<input type="radio"/> 9
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:			9. ESTADO CONYUGAL		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) <input type="radio"/> 6		
0 2 1 0 7 5 8 1 4			3 9			Viudo(a) <input type="radio"/> 2		
						Casado(a) <input type="radio"/> 5		
						En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4		
						Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		
						Soltero(a) <input type="radio"/> 1		
						Se ignora <input type="radio"/> 9		

Estado conyugal se ignora o es desconocido

8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	2	3	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora
	Minutos	Horas	Días			Meses	Años cumplidos	<input type="radio"/> 9
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:			9. ESTADO CONYUGAL		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) <input type="radio"/> 6		
0 2 1 0 7 5 8 1 4			9 9			Viudo(a) <input type="radio"/> 2		
						Casado(a) <input type="radio"/> 5		
						En unión libre <input type="radio"/> 4		
						Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		
						Soltero(a) <input type="radio"/> 1		
						Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9		

**10. RESIDENCIA HABITUAL.** Anotar el domicilio completo donde residía habitualmente el fallecido. Se considera residencia habitual cuando el tiempo es mayor a 6 meses. En caso de no tener ese dato, anotar el domicilio de la vivienda donde podía ser localizado.

- En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier campo de esta pregunta, escribir la leyenda ‘Se ignora’.
- Indicar al informante la importancia de proporcionar veraz y correctamente el domicilio de residencia habitual, dado que de esto depende el seguimiento oportuno que se pudiera proporcionar por parte de las instituciones de salud.
- En la medida de lo posible evitar registrar “Domicilio conocido”, si no es el caso, se debe anotar una referencia para la ubicación de la vivienda.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la “Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos” (INEGI-DOF 12/XI/2010).

### 10.1 Tipo de vialidad

- Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad en función del tránsito vehicular y/o peatonal.
- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Peonal, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

### 10.2 Nombre de la vialidad

- Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.
- No se deben usar abreviaturas
- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Rio Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

### 10.3 Núm. Exterior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.
- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

### 10.4 Núm. Interior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.
- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

### 10.5 Tipo de asentamiento humano

- Clasificación que se da al asentamiento humano.
- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad, Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.
- Privilegiar el registro de 'Colonia' sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que esta exista.

### 10.6 Nombre del asentamiento humano

- Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.
- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

### 10.7 Código Postal

- Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente a la residencia habitual del fallecido.
- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

10.8 Localidad.

- Registrar el nombre de la localidad correspondiente a la residencia habitual del fallecido.
- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

10.9 Municipio o delegación.

- Registrar el nombre del municipio o delegación (para el caso de la Ciudad de México) correspondiente a la residencia habitual del fallecido.
- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

10.10 Entidad Federativa.

- Anotar el nombre de la entidad federativa que corresponde a la residencia habitual del fallecido.
- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.
- En caso de que el fallecido residía en el extranjero, anotar el nombre del país.
- Ejemplo: Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, Alemania, Egipto, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

Domicilio conocido

<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				
202		Avenida	San Juan de Aragón	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad
0   6   4   7   0		Colonia	San Rafael	
10.7 Código Postal		Cuahtémoc	Cuahtémoc	Ciudad de México
		10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

Domicilio desconocido

<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				
		Se ignora	Se ignora	
		Se ignora	Se ignora	
		Se ignora	Se ignora	
		Se ignora	Se ignora	
		Se ignora	Se ignora	
		Se ignora	Se ignora	
		Se ignora	Se ignora	
		Se ignora	Se ignora	
		Se ignora	Se ignora	

**11. ESCOLARIDAD.** Marcar la opción que indique el grado máximo de estudios aprobados del fallecido.

- Si el fallecido no cuenta con estudios, seleccione la opción ‘Ninguna’.
- Si el fallecido tuviese estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin concluir, marcar la opción “incompleta”.
- En el caso de que el fallecido haya cursado carrera técnica marcar la opción ‘Bachillerato’
- En caso de que la información se desconozca, marcar la opción ‘Se ignora’.
- Para menores de 3 años omita la respuesta.

Escolaridad de secundaria terminada

11. ESCOLARIDAD				11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5	: Completa <input checked="" type="radio"/> 1	: Incompleta <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD						13.1 Número de seguridad social o afiliación		
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8				
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99				

Escolaridad se ignora o es desconocida

11. ESCOLARIDAD				11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	: Completa <input type="radio"/> 1	: Incompleta <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD						13.1 Número de seguridad social o afiliación		
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8				
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99				

**12. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anotar el oficio o trabajo que tenía el fallecido antes de suscitarse la defunción. Ejemplo: maestra (o), secretaria, mesera (o), enfermera (o), etc.

- Si el fallecido no trabajaba, mencionar a que se dedicaba o cuál es su ocupación principal. Ejemplo: estudiante, ama de casa, jubilado, etc.
- Anotar la ocupación habitual sin abreviaturas.
- En caso de que la información se desconozca, marcar la opción ‘Se ignora’.

12.1 Trabajaba

- Marcar la opción ‘Sí’ cuando el fallecido contaba con un trabajo remunerado, laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos.
- Marcar ‘No’ cuando el fallecido se dedicaba al hogar y/o al cuidado de los hijos y/o a estudiar, sea rentista o jubilado, etc.
- En caso de no contar con esta información, marcar la opción ‘Se ignora’.
- Cuando se ignore la pregunta 12, en esta pregunta debe seleccionar “Se ignora”

Ocupación habitual conocida y trabajaba

<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria <input type="radio"/> 3    Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7    Profesional <input type="radio"/> 8    Posgrado <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99				<b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> Completa <input checked="" type="radio"/> 1    Incompleta <input type="radio"/> 2		<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Comerciante _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99				12.1 Trabajaba    Sí <input checked="" type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	

Ocupación habitual se ignora o es desconocida

<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria <input type="radio"/> 3    Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7    Profesional <input type="radio"/> 8    Posgrado <input type="radio"/> 10    Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99				<b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> Completa <input type="radio"/> 1    Incompleta <input type="radio"/> 2		<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> _____ Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99				12.1 Trabajaba    Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	

**13. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marcar la opción que corresponda a la institución donde estaba afiliado el fallecido o de la cual era derechohabiente.

- Admite hasta 2 respuestas, debido a que el fallecido pudo estar afiliado o ser derechohabiente en más de una institución.
- Es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas en el expediente clínico o por el informante.
- Cuando el fallecido no tuvo afiliación a los Servicios de Salud, seleccionar la opción ‘Ninguna’ y omitir la respuesta de la pregunta 13.1, dejándola en blanco.
- En caso de no contar con esta información, marcar la opción ‘Se ignora’ y omitir la respuesta de la pregunta 13.1, dejándola en blanco.

**13.1 Número de Seguridad Social y Afiliación.** Cuando el fallecido tenga al menos una afiliación o derechohabencia a Servicios de Salud, anotar el número de seguridad social o afiliación de la institución correspondiente.

- Para el caso en el que el fallecido esté afiliado a más de una institución, anotar el número de afiliación de la opción correspondiente a la institución donde se atendió. Si el fallecido no fue atendido por alguna de las instituciones a las que está afiliado, anotar el número de afiliación de la institución de la cual recibió las mayores prestaciones o en su defecto de la primera opción seleccionada.
- Si esta información se desconoce, escriba la leyenda ‘Se ignora’.
- Debe quedar en blanco cuando en la pregunta 13 se haya seleccionado la opción ‘Ninguna’ o ‘Se ignora’.

Afiliación a Servicios de Salud conocida

<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria <input type="radio"/> 3    Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7    Profesional <input type="radio"/> 8    Posgrado <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99				11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1    Incompleta <input type="radio"/> 2	<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Comerciante _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99				12.1 Trabajaba    Sí <input checked="" type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9		
				13.1 Número de seguridad social o afiliación 81645310165		

Afiliación a Servicios de Salud se ignora o es desconocida

<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria <input type="radio"/> 3    Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7    Profesional <input type="radio"/> 8    Posgrado <input type="radio"/> 10    Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99				11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1    Incompleta <input type="radio"/> 2	<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> _____ Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10    Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99				12.1 Trabajaba    Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9		
				13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		

## DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Cuando la defunción ocurra en una unidad médica, las preguntas de este apartado siempre deben quedar con respuesta.

**14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Indicar el sitio en donde sucedió la defunción, en una Unidad Médica Pública o Privada, en la vía pública, en el hogar u otro lugar.

- Esta información siempre debe dejarse con respuesta y no debe quedar como desconocida.
- Si la defunción ocurrió en una Unidad Médica, sea Pública o Privada (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, IMSS Oportunidades u otra Unidad Pública), marcar la opción correspondiente y pasar a las preguntas 14.1 y 14.2, las cuales siempre deben contar con respuesta.
- En caso de que la defunción haya ocurrido en la vía Pública, en el hogar o en otro lugar (opción 10, 11, 12 o 99 de la pregunta 14), las preguntas 14.1 y 14.2 deben dejarse en blanco.

14.1 Nombre de la unidad médica. Especificar el nombre oficial de la Unidad Médica en la que ocurrió la Defunción.

- Sin abreviaturas.
- Si la defunción ocurrió fuera de una Unidad Médica (opción 10, 11, 12 o 99 de la pregunta 15), omitir la respuesta.

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) correspondiente a la Unidad Médica donde ocurrió el fallecimiento.

- Colocar un sólo carácter en cada espacio.
- En caso de que esta información se desconozca, consultar al área de estadística de la Unidad Médica.
- Si la defunción ocurrió fuera de una Unidad Médica (opción 10, 11, 12 o 99 de la pregunta 14), omitir respuesta.

La defunción sucedió DENTRO de una unidad médica

<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				<b>Hospital General de México</b> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)   D   F   S   S   A   0   0   3   9   7   3				Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____									
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____				<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			

### La defunción sucedió FUERA de una unidad médica

<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____				Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____									
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____				<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			

## 15. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN. Anotar el domicilio completo del lugar donde sucedió la defunción.

- En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier campo de esta pregunta, escribir la leyenda 'Se ignora'.
- Cuando la defunción sucedió fuera de una unidad médica, indicar al informante la importancia de proporcionar veraz y correctamente el domicilio donde sucedió esta, dado que de esto depende el seguimiento oportuno que se pudiera proporcionar por parte de las instituciones de salud.
- En la medida de lo posible evitar registrar "Domicilio conocido", si no es el caso, se debe anotar una referencia para la ubicación de la unidad médica, vivienda o lugar.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la "Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos" (INEGI-DOF 12/XI/2010).

### 15.1 Tipo de vialidad

- Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad en función del tránsito vehicular y/o peatonal.
- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Peatonal, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

### 15.2 Nombre de la vialidad

- Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.
- No se deben usar abreviaturas
- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Rio Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

#### 15.3 Núm. Exterior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.
- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

#### 15.4 Núm. Interior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.
- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

#### 15.5 Tipo de asentamiento humano

- Clasificación que se da al asentamiento humano.
- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad, Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.
- Privilegiar el registro de 'Colonia' sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que este exista.

#### 15.6 Nombre del asentamiento humano

- Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.
- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

#### 15.7 Código Postal

- Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente al lugar donde sucedió la defunción.
- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

#### 15.8 Localidad.

- Registrar el nombre de la localidad correspondiente del lugar donde sucedió la defunción.
- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

**15.9 Municipio o delegación.**

- Registrar el nombre del municipio o delegación (para el caso de la Ciudad de México) correspondiente del lugar donde sucedió la defunción.
- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

**15.10 Entidad Federativa.**

- Anotar el nombre de la entidad federativa que corresponde del lugar donde sucedió la defunción.
- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

**Domicilio conocido, la defunción sucedió dentro de una unidad médica**

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Calle	Dr. Balmis
148		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	Colonia	Doctores
0 6 7 2 6		15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal	Cuauhtémoc	Cuauhtémoc	Ciudad de México
	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa

**Domicilio conocido, la defunción sucedió en el hogar del fallecido**

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Avenida	San Juan de Aragón
202		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	Colonia	San Rafael
0 6 4 7 0		15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal	Cuauhtémoc	Cuauhtémoc	Ciudad de México
	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa

**Domicilio desconocido o se ignora, la defunción sucedió en otro lugar**

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

**16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anotar el día, mes, año y hora de ocurrencia de la defunción que se está certificando.

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o del mes es de un dígito.
- La hora debe ser anotada en el formato HH:MM, utilizando la escala de 24 horas y completando ceros a la izquierda si el número correspondiente a la hora o a los minutos es de un dígito.

- Cuando se desconozca la fecha y/u hora de la defunción, si es posible anote la fecha más probable de está, por ejemplo se conoce el mes y año pero se desconoce el día, anote 99/05/2017 y la hora es desconocida, debe anotar 99:99
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

Fecha y hora conocidas

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?																	
2	0	0	2	2	0	1	6	1	7	4	2	Sí	O <sub>1</sub>	No	O <sub>2</sub>	Se ignora	O <sub>9</sub>	Sí	O <sub>1</sub>	No	O <sub>2</sub>
Día			Mes			Año			Horas		Minutos										

Fecha aproximada y hora desconocida

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?																	
9	9	0	2	2	0	1	6	9	9	9	9	Sí	O <sub>1</sub>	No	O <sub>2</sub>	Se ignora	O <sub>9</sub>	Sí	O <sub>1</sub>	No	O <sub>2</sub>
Día			Mes			Año			Horas		Minutos										

**17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?** Marque con una “X” la opción Si cuando se le haya dado atención médica a la persona con referencia a los hechos que condujeron a la defunción.

- En caso de no contar con esta información, marcar la opción “Se ignora”

Tuvo atención médica

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?																	
2	0	0	2	2	0	1	6	1	7	4	2	Sí	<input checked="" type="radio"/>	No	O <sub>2</sub>	Se ignora	O <sub>9</sub>	Sí	O <sub>1</sub>	No	O <sub>2</sub>
Día			Mes			Año			Horas		Minutos										

Se desconoce o se ignora si tuvo atención médica

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?																		
9	9	0	2	2	0	1	6	9	9	9	9	Sí	O <sub>1</sub>	No	O <sub>2</sub>	Se ignora	<input checked="" type="radio"/>	O <sub>9</sub>	Sí	O <sub>1</sub>	No	O <sub>2</sub>
Día			Mes			Año			Horas		Minutos											

**18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Marque con una “X” la opción Sí cuando haya sido efectuada la necropsia, esta pregunta aplica para todas las muertes, tanto por accidente, violencia como por causas naturales.

- En caso de no contar con esta información, dejar sin respuesta la pregunta

No se practicó necropsia

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?																		
2	0	0	2	2	0	1	6	1	7	4	2	Sí	<input checked="" type="radio"/>	No	O <sub>2</sub>	Se ignora	O <sub>9</sub>	Sí	O <sub>1</sub>	No	<input checked="" type="radio"/>	O <sub>2</sub>
Día			Mes			Año			Horas		Minutos											

Se desconoce si se practicó necropsia

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?																		
9	9	0	2	2	0	1	6	9	9	9	9	Sí	O <sub>1</sub>	No	O <sub>2</sub>	Se ignora	<input checked="" type="radio"/>	O <sub>9</sub>	Sí	O <sub>1</sub>	No	O <sub>2</sub>
Día			Mes			Año			Horas		Minutos											

**19. CAUSAS 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 muerte. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.

**Parte I.** Anote en el inciso (a) la enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente, asiente está en el inciso (b), si esta es originada a su vez por una tercera, anótela en el inciso (d). Se pueden registrar hasta cuatro causas (una por línea).

No es estrictamente necesario llenar los renglones (b), (c) y (d) siempre y cuando la causa informada en el inciso (a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí misma sea la causa de la muerte, sin necesidad de causas previas

**Parte II.** En esta parte anote alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I (a, b, c o d).

**Es muy importante que:**

- Verifique la ocurrencia de la muerte.
- Registre cada causa de defunción lo más específico posible.
- No registre procedimientos médicos.
- No registre modos de morir, como paro cardiorrespiratorio o falla orgánica múltiple.
- Anote el intervalo de tiempo entre el inicio de las causas y la muerte.
- No use abreviaturas ni siglas en el registro de las causas.
- En las defunciones por tumores especifique su tipo histológico, comportamiento y sitio anatómico.

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) <b>Estado de coma</b> Debido a (o como consecuencia de)	1 hora	
	b) <b>Encefalopatía urémica</b> Debido a (o como consecuencia de)	3 días	
	c) <b>Insuficiencia renal crónica terminal</b> Debido a (o como consecuencia de)	7 meses	
	d) <b>Hipoplasia renal congénita</b>	15 años	
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			

**20. CAUSA BÁSICA DE LA DEFUNCIÓN.** Este espacio es para uso exclusivo de personal codificador, favor de dejarlo en blanco

Uso exclusivo del personal codificador				
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN				
Código CIE				

**21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.** Siempre responder a las preguntas respecto al embarazo.

21.1 Si la muerte ocurrió durante: embarazo, parto, puerperio, de 43 días a 11 meses después del parto o aborto.

- Si se contesta afirmativamente de las opciones 1 a la 4, contestar las preguntas 21.2 y 21.3
- Si se selecciona la opción 5, no contestar las preguntas 21.2 y 21.3

21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio

- Responder esta pregunta si se contesta afirmativamente de las opciones 1 a la 4 de la pregunta 21.1

21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio

- Responder esta pregunta si se contesta afirmativamente de las opciones 1 a la 4 de la pregunta 21.1

La mujer no estuvo embarazada

<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1      El parto <input type="radio"/> 2      El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4      No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1      No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1      No <input type="radio"/> 2
---	--	--	--	---

La mujer estuvo embarazada

<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1      El parto <input checked="" type="radio"/> 2      El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4      No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1      No <input checked="" type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input checked="" type="radio"/> 1      No <input type="radio"/> 2
---	--	--	---	--

## MUERTES ACCIDENTALES O VIOLENTAS

Si la muerte fue accidental o violenta, de aviso a la autoridad civil, ya que el médico legista debe levantar el certificado, respondiendo a cada una de las preguntas en este apartado. Cuando la defunción no fue accidental o violenta este apartado no se debe responder.

### 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto.

- Seleccionar la opción: Accidente, Homicidio, Suicidio o se ignora.

22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo.

- Seleccionar la opción Sí, No o 'Se ignora'.

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión.

- Especifique el lugar donde ocurrió la lesión o agresión, este puede ser diferente al lugar donde ocurrió la defunción.

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a).

- Si la muerte fue por un presunto homicidio, especifique el parentesco que existía entre el presunto agresor con el fallecido (padre, madre, madrastra, concubina, esposo, etc.).

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

- Anotar el número de acta donde fue inscrita la defunción ante el Ministerio Público.

22.6 Describa brevemente descripción de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio.

Presunto homicidio, a causa de una riña en la calle

<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b>		<b>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b>		<b>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</b>	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1    Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1    No <input checked="" type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (via pública) <input checked="" type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	Ninguno
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <b>001234/16/123/AP</b>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <b>Agresión con arma de fuego, durante riña colectiva</b>			

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

- En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier campo de esta pregunta, escribir la leyenda “Se ignora”.
- En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier campo de esta pregunta, escribir la leyenda ‘Se ignora.
- Cuando la lesión sucedió fuera de una unidad médica, indicar al informante la importancia de proporcionar veraz y correctamente el domicilio donde sucedió esta.
- En la medida de lo posible evitar registrar “Domicilio conocido”, si no es el caso, se debe anotar una referencia para la ubicación de la unidad médica, vivienda o lugar.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la “Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos” (INEGI-DOF 12/XI/2010).

#### 22.7.1 Tipo de vialidad

- Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad en función del tránsito vehicular y/o peatonal.
- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Peatonal, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

#### 22.7.2 Nombre de la vialidad

- Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.
- No se deben usar abreviaturas
- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Rio Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

#### 22.7.3 Núm. Exterior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.
- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

#### 22.7.4 Núm. Interior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.
- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

#### 22.7.5 Tipo de asentamiento humano

- Clasificación que se da al asentamiento humano.
- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia,

Rinconada, Sección, Sector, Unidad, Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.

- Privilegiar el registro de 'Colonia' sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que este exista.

#### 22.7.6 Nombre del asentamiento humano

- Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.
- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

#### 22.7.7 Código Postal

- Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente al lugar donde sucedió la lesión.
- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

#### 22.7.8 Localidad.

- Registrar el nombre de la localidad correspondiente del lugar donde sucedió la lesión.
- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

#### 22.7.9 Municipio o delegación.

- Registrar el nombre del municipio o delegación (para el caso de la Ciudad de México) correspondiente del lugar donde sucedió la lesión.
- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

#### 22.7.10 Entidad Federativa.

- Anotar el nombre de la entidad federativa que corresponde del lugar donde sucedió la lesión.
- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

Domicilio conocido de la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio ocurrió en la calle

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Calle	Sur 101-B
		22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad
		Pueblo	Mexicaltzingo
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano
0   9   0   9   9		Iztapalapa	Ciudad de México
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa

Domicilio desconocido o se ignora, de la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio ocurrió en la calle

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		<b>Se ignora</b>	<b>Se ignora</b>
		22.7.1 Tipo de vialidad <b>Se ignora</b>	22.7.2 Nombre de la vialidad <b>Se ignora</b>
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano <b>Se ignora</b>	22.7.6 Nombre del asentamiento humano <b>Se ignora</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	22.7.8 Localidad <b>Se ignora</b>	22.7.10 Entidad federativa <b>Se ignora</b>
22.7.7 Código Postal		22.7.9 Municipio o delegación <b>Se ignora</b>	

## DEL INFORMANTE

Las preguntas de esta sección corresponden a los datos de identificación del informante del Certificado de Defunción, quien proporciona información relacionada con el fallecido.

**23. NOMBRE.** Anotar el nombre completo del informante, iniciando por el(los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido.

- En la medida de lo posible pedir una identificación oficial, para corroborar el parentesco con el fallecido
- Sin abreviaturas, a menos que se encuentren asentadas en el Acta de Nacimiento del informante.

**24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO (A).**- Anotar el parentesco del informante con el (la) fallecido(a).

El informante vivía en unión libre con la fallecida, por lo que se anota como “Compañero”

<b>DEL INF.</b>	23. NOMBRE			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
	Nemesio <small>Nombre(s)</small>	Torres <small>Primer Apellido</small>	Covarrubias <small>Segundo Apellido</small>	Compañero

## DATOS DEL CERTIFICANTE

Las preguntas de esta sección corresponden a los datos de identificación de la persona que expide el Certificado de Defunción.

Los datos que aquí se solicitan son de suma importancia para realizar cualquier aclaración posterior.

**25. CERTIFICADA POR.** Elegir la opción que identifique a la persona que certifica la defunción.

- Un pasante de medicina puede expedir un Certificado de Defunción, para esto marcar la opción 4. 'Persona autorizada por la Secretaría de Salud' y anotar en número de cédula profesional "Médico Pasante".

**26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO.** Cuando la persona que certifica la defunción es médico (opciones 1, 2 y 3 de la pregunta 25), anotar en el espacio correspondiente el número de cédula profesional que lo avala como tal.

- Si el certificante no es médico, omitir respuesta.

La defunción fue certificada por un médico

<p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/><sub>1</sub> Médico legista <input type="radio"/><sub>2</sub> Otro médico* <input checked="" type="radio"/><sub>3</sub> <u>Médico Nefrólogo</u></p> <p>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/><sub>4</sub> Autoridad civil* <input type="radio"/><sub>5</sub> Otro* <input type="radio"/><sub>8</sub> _____ *Especifique</p>	<p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p style="text-align: center;"><u>1234567</u></p> <p style="text-align: center;">Número de la cédula profesional</p>
---	--

La defunción fue certificada por un médico pasante

<p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/><sub>1</sub> Médico legista <input type="radio"/><sub>2</sub> Otro médico* <input type="radio"/><sub>3</sub> _____</p> <p>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/><sub>4</sub> Autoridad civil* <input type="radio"/><sub>5</sub> Otro* <input type="radio"/><sub>8</sub> _____ *Especifique</p>	<p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p style="text-align: center;"><u>Médico Pasante</u></p> <p style="text-align: center;">Número de la cédula profesional</p>
---	---

**27. NOMBRE.** Anotar con letra de molde el nombre completo de la persona que certifica la defunción, iniciando por el(los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido.

- Sin abreviaturas, a menos que se encuentren asentadas en el Acta de Nacimiento del certificante.

**28. FIRMA.** La persona que certifica la defunción debe plasmar su firma en este espacio, haciendo constar que es el responsable de la información contenida en el Certificado de Defunción.

- El certificado se considera inválido sin ésta firma.

- Utilizar únicamente BOLÍGRAFO. No usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares.
- Se recomienda que el certificante firme en original y cada uno de las 3 copias que componen el Certificado de Defunción para tener una mejor legibilidad de la firma.

### Nombre y firma del certificante

27. NOMBRE	Carlos Alberto	Andrade	López	28. FIRMA	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		

## 29. DOMICILIO Y TELÉFONO

Anotar el domicilio completo donde se localiza habitualmente la persona que certifica la defunción, así como el número telefónico (fijo o celular) donde se le puede localizar.

- Esta información no podrá ser ignorada ni omitida.
- En caso de que la defunción haya ocurrido en una unidad médica y el certificante esté o no adscrito a ésta, debe anotar los datos del domicilio de la misma.
- Los datos personales están protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la 'Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos' (INEGI-DOF 12/XI/2010).

### 29.1 Tipo de vialidad

Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad, en función del tránsito vehicular y/o peatonal.

- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Peonal, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

### 29.2 Nombre de la vialidad

Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.

- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Rio Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

### 29.3 Núm. Exterior

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.

- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

### 29.4 Núm. Interior

• Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.

- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

### 29.5 Tipo de asentamiento humano

Clasificación que se da al asentamiento humano.

- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.
- Privilegiar el registro de 'Colonia' sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que esta exista.

### 29.6 Nombre del asentamiento humano

Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.

- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

### 29.7 Código Postal

Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

### 29.8 Localidad

Registrar el nombre de la localidad correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

### 29.9 Municipio o delegación

Registrar el nombre del municipio o delegación (para el caso del Ciudad de México) correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

### 29.10 Entidad federativa

Anotar el nombre de la entidad federativa correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.

### 29.11 Teléfono

Número telefónico donde se pueda localizar al certificante (fijo o celular).

- El número telefónico debe ser anotado a 10 dígitos, uno en cada espacio.
- El certificante debe anotar el número telefónico, donde puede ser localizado, si la defunción ocurrió dentro de una unidad médica anotar el teléfono de la misma.

La defunción sucedió dentro de una unidad médica, por lo que el domicilio del certificante es el mismo

29. DOMICILIO y TELÉFONO				
<b>Calle</b> 29.1 Tipo de vialidad	<b>Dr. Balmis</b> 29.2 Nombre de la vialidad	<b>148</b> 29.3 Núm. Exterior	<b>Colonia</b> 29.4 Núm. Interior	<b>Colonia</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano
<b>Doctores</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano	<b>06726</b> 29.7 Código Postal	<b>Cuauhtémoc</b> 29.8 Localidad		
<b>Cuauhtémoc</b> 29.9 Municipio o delegación	<b>Ciudad de México</b> 29.10 Entidad federativa	<b>5544067289</b> 29.11 Teléfono		<b>30. FECHA DE CERTIFICACION</b> Día Mes Año

La defunción sucedió en el hogar y fue atendida por un médico particular, por lo que se anota el domicilio particular del certificante.

29. DOMICILIO y TELÉFONO				
<b>Calzada</b> 29.1 Tipo de vialidad	<b>Héroes del Sur</b> 29.2 Nombre de la vialidad	<b>1420</b> 29.3 Núm. Exterior	<b>Fraccionamiento</b> 29.4 Núm. Interior	<b>Fraccionamiento</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano
<b>Pedregal del Sur</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano	<b>08922</b> 29.7 Código Postal	<b>Tlalpan</b> 29.8 Localidad		
<b>Tlalpan</b> 29.9 Municipio o delegación	<b>Ciudad de México</b> 29.10 Entidad federativa	<b>5565772190</b> 29.11 Teléfono		<b>30. FECHA DE CERTIFICACION</b> Día Mes Año

**30. FECHA DE CERTIFICACIÓN:** Anotar el día, mes y año correspondiente a la fecha en la que el certificado es expedido.

- Por ningún motivo debe confundirse con la fecha en la que el Certificado es entregado.
- Esta información no puede desconocerse, dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o del mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

El certificado se expidió el mismo día de la defunción.

29. DOMICILIO y TELÉFONO		<b>Calle</b>	<b>Dr. Balmis</b>	<b>148</b>	<b>Colonia</b>
	29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior
<b>Doctores</b>	29.6 Nombre del asentamiento humano	<b>0 6 7 2 6</b>	<b>Cuauhtémoc</b>		29.5 Tipo de asentamiento humano
		29.7 Código Postal	29.8 Localidad		
<b>Cuauhtémoc</b>	29.9 Municipio o delegación	<b>Ciudad de México</b>	<b>55 44 06 72 89</b>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	<b>2 0</b>	<b>0 2</b>
				Día	Mes
				<b>2 0 1 6</b>	<b>1 6</b>
				Año	Año

## DATOS DEL REGISTRO CIVIL

### **31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO**

Estos datos deben de ser llenados por los oficiales del Registro Civil al momento de registrar el hecho en sus libros.

- Una vez registrada la defunción, la información de esta sección no puede ir sin datos.

**Número.** Número de registro en la oficialía del Registro Civil

**Libro Número.** Número de libro donde fue inscrita la defunción

31.1 Acta Número. Número de Acta de Defunción, en donde quedó asentada la defunción.

**32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO.** Anotar el domicilio completo donde se localiza la Oficialía o Juzgado

32.1 Localidad. Registrar el nombre de la localidad correspondiente al domicilio donde se localiza la Oficialía o Juzgado.

- Sin abreviaturas.
- Además de señalar el nombre, la categoría política de la localidad. Ejemplo: Rancho, Ejido, Barrio, Villa, etc.

32.2 Municipio o delegación. Anotar el nombre del municipio o delegación (para el Ciudad de México) correspondiente al domicilio donde se localiza la Oficialía o Juzgado.

Sin abreviaturas.

32.3 Entidad Federativa. Registrar el nombre de la entidad federativa correspondiente al domicilio donde se localiza la Oficialía o Juzgado.

- Sin abreviaturas.

32.4 Fecha de registro. Anotar el día, mes y año correspondiente a la fecha de registro del Certificado.

- Por ningún motivo debe confundirse con la fecha en la que el certificado es registrado.
- Esta información no puede desconocerse, dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o del mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

La defunción fue registrada un día después de ocurrida y en otra entidad federativa

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
Núm. <b>12345</b> , Libro Núm. <b>12345</b>	32.1 Localidad <b>Toluca</b>		
31.1 Acta Núm. <b>12345678</b>	<b>Toluca de Lerdo</b>	<b>estado de México</b>	<b>21</b> <b>02</b> <b>2016</b>
	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año

X. FORMATO DEL CERTIFICADO DE  
MUERTE FETAL  
FRENTE Y REVERSO



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**  
 (Llénese independientemente de las semanas de gestación)

Modelo 2017  
 FOLIO

**171000001**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN.  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO</b>	1. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		2. EDAD GESTACIONAL Semanas: _____ Gramos: _____		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input type="radio"/> _1 Reproducción asistida <input type="radio"/> _2 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> _1 Gemelar <input type="radio"/> _2 Tres o más <input type="radio"/> _3		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 5.2 Total de consultas recibidas: _____												
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> _1 Complicado <input type="radio"/> _2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> _1 Durante el parto <input type="radio"/> _2		7.1 Estado de la piel del producto: Fresca (Normal) <input type="radio"/> _1 Macerada <input type="radio"/> _2		7.2. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____ Minutos: _____										
	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN				9.1 Tipo de vialidad		9.2 Nombre de la vialidad		9.3 Núm. Exterior		9.4 Núm. Interior								
	9.5 Tipo de asentamiento humano				9.6 Nombre del asentamiento humano				9.7 Código Postal										
	9.8 Localidad				9.9 Municipio o delegación				9.10 Entidad federativa										
	10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN										10.1 Nombre de la unidad médica		10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> _1 Otro médico <input type="radio"/> _5 Partera <input type="radio"/> _3 Otro <input type="radio"/> _4 Se ignora <input type="radio"/> _9										12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> _1 Provocado <input type="radio"/> _2 Terapéutico <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9		13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> _5 Cesárea <input type="radio"/> _1 Fórceps <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 Otro* <input type="radio"/> _4 *Especifique _____		14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		14.2 ¿Anoto la relación que tiene el presunto agresor con la madre? _____		
	15. ANOMALIAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGENITOS DEL PRODUCTO										CODIGO CIE		Uso exclusivo del personal codificador						
	16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)										Especifique si la causa fue:		Uso exclusivo del personal codificador						
	PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que lo produjo										Especifique si la causa fue: MATERNA   FETAL I.a <input type="radio"/> _1   <input type="radio"/> _2 I.b <input type="radio"/> _1   <input type="radio"/> _2 I.c <input type="radio"/> _1   <input type="radio"/> _2 I.d <input type="radio"/> _1   <input type="radio"/> _2 II.1 <input type="radio"/> _1   <input type="radio"/> _2 II.2 <input type="radio"/> _1   <input type="radio"/> _2		Código CIE						
17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE										Uso exclusivo del personal codificador									
18. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____										19. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> _99		20. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> _9							
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9										22. EDAD (Años) _____		23. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4 Separada <input type="radio"/> _6 Divorciada <input type="radio"/> _3 Viuda <input type="radio"/> _2 Soltera <input type="radio"/> _1 Casada <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9							
24. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre										24.1 Tipo de vialidad		24.2 Nombre de la vialidad		24.3 Núm. Exterior		24.4 Núm. Interior			
24.5 Tipo de asentamiento humano										24.6 Nombre del asentamiento humano				24.7 Código Postal					
24.8 Localidad										24.9 Municipio o delegación				24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		24.11 Teléfono			
25. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99										25.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input type="radio"/> _2		26. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="radio"/> _99		26.1 Trabaja actualmente Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		27.1 Número de seguridad social o afiliación		28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99	
27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _3 SEDENA <input type="radio"/> _5 Seguro Popular <input type="radio"/> _7 Otra <input type="radio"/> _8 IMSS <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _9										29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS) 29.1 Nacidos Muertos (as) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 29.2 Nacidos Vivos (as) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99		29.3 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> _99		30. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____			
31. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____										32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO _____		33. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1 Médico legista <input type="radio"/> _2 Otro médico* <input type="radio"/> _3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4 Autoridad civil* <input type="radio"/> _5 Otro* <input type="radio"/> _8 *Especifique _____		34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____					
35. NOMBRE Nombre(s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____										36. DOMICILIO 36.1 Tipo de vialidad		36.2 Nombre de la vialidad		36.3 Núm. Exterior		36.4 Núm. Interior			
36.5 Tipo de asentamiento humano										36.6 Nombre del asentamiento humano				36.7 Código Postal					
36.8 Localidad										36.9 Municipio o delegación				36.10 Entidad federativa					
37. TELÉFONO										38. FIRMA		39. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____							

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



171000001

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llène en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal** para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. **Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 1 de septiembre de 2016 anote |0|1|09|20|16|. 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|20|16|.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "**domicilio conocido**", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS**

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

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

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

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Especifique si la causa fue:		Use el código de la clasificación estadística internacional de enfermedades.
		MADRE	FETAL	Código CIE
<b>PARTE I</b> Condición fetal o materna que causó directamente la muerte  Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa o mencionadas en último lugar la causa	a) Hemorragia intraventricular Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	b) Hipoxia intrauterina Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	c) Insuficiencia placentaria Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Hipertensión gestacional Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PARTE II</b> Otras causas patológicas significativas del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado materno que la produjo				
Tabaquismo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

**ABREVIATURAS**

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

## XI. DESCRIPCIÓN DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

El certificado de Muerte Fetal se presenta en original (hoja blanca) y tres copias (1ª rosa, 2ª azul y 3ª verde)

El *Certificado de Muerte Fetal* está dividido en 5 secciones:

- 1) Datos del producto del Embarazo y del Suceso **(de la pregunta 1 a la 15)**. El objetivo de este apartado es obtener información del producto y que permite conocer las condiciones en las que se dio la expulsión o extracción, así como el lugar donde sucedió.
- 2) Causas de la Muerte Fetal **(pregunta 16 y 17)**. El objetivo de este apartado es obtener información de las causas que provocan la Muerte Fetal.
- 3) Datos de la madre **(de la pregunta 18 a la 30)**. El objetivo de este apartado es obtener información socio demográfica de la madre.
- 4) Datos del informante **(pregunta 31 y 32)**. El objetivo de este apartado es obtener información que nos permita identificar a la persona que proporcionó los datos, para aclaraciones posteriores.
- 5) Datos del certificador **(de la pregunta 33 a la 397)**. El objetivo de este apartado es obtener información que nos permita identificar a la persona que llenó el *Certificado de Muerte Fetal*, para tener la posibilidad de una aclaración posterior sobre el llenado (como la vigilancia epidemiológica).

Al reverso del formato se tienen instrucciones generales y específicas, que deben ser leídas antes de llenar el certificado.

## XII. LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

### CONSIDERACIONES PREVIAS AL LLENADO

Los datos personales anotados en el Certificado de Muerte Fetal están protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.

La persona que expide el *Certificado* debe:

Leer cuidadosamente la información que se le solicita en cada pregunta. Si la muerte fetal ocurrió en una Unidad Médica deberá recurrir al expediente clínico de la madre para obtener o cotejar la información requerida, en caso contrario utilizar la información proporcionada por la madre, el padre o familiar.

Advertir al informante que los datos que proporcione, sobre todos los personales, como son: nombre (s) y apellidos, CURP, edad, residencia habitual, embarazos anteriores, estado conyugal, vive la madre (en caso negativo, poner el folio del Certificado de Defunción), es muy importante que sean veraces.

Llenarlo de preferencia con máquina de escribir, si no es posible lo podrá llenar a mano, en este último caso deberá escribir únicamente con bolígrafo (no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo), con letra de molde; clara y legible, apoyándose en una superficie plana y firme, oprimiendo el bolígrafo lo suficiente para garantizar la legibilidad en las copias.

Evitar hacer tachaduras, enmendaduras, borrones, uso de corrector, ya que ello invalida el documento. Si hay error en el llenado, se debe proceder a cancelar el *certificado* y elaborar uno nuevo.

Evitar abreviaturas en los campos en los que se introduce texto, excepto las mencionadas en este manual

Considerar lo siguiente:

En las preguntas de opción múltiple, el certificante debe seleccionar sólo una opción, marcando con una “X” el círculo correspondiente, excepto en la pregunta 26 “Afiliación a Servicios de Salud”, donde podrá elegir máximo dos opciones.

Para las respuestas en que se requiera anotar números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, ..., 9) y donde haya casillas debe anotarse un número por cada una de ellas, sin dejar casillas vacías.

Inicie con “0” para cubrir todos los espacios, ejemplo: Para la fecha 2 de Septiembre de 2010 escribir 02 09 2010.

Para las preguntas cuya respuesta se desconoce al momento de llenar el Certificado, debe seleccionarse la opción “Se ignora”, no sin antes agotar todas las posibilidades para obtener el dato.

Recordar que por ningún motivo se podrá comercializar el Certificado de Muerte Fetal ni condicionar su entrega. La contravención a lo dispuesto en este lineamiento será sancionado conforme a lo establecido en la legislación penal vigente de cada entidad federativa, y caso de tratarse de servidores públicos, además a lo señalado en las Leyes de Responsabilidades de Servidores Públicos que correspondan.

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DEL LLENADO DE CADA PREGUNTA.

### DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO

Para el llenado de este apartado utilizar la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una Unidad Médica recurrir al expediente clínico de la madre para obtener o cotejar la información.

**1. SEXO.** Marcar con una “X” según corresponda: Hombre, Mujer o ‘Se ignora’

El sexo se puede determinar y es hombre

<b>1. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Mujer <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> [    ] Semanas	<b>3. PESO</b> [    ] [    ] [    ] Gramos	<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input type="radio"/> <sub>1</sub> Reproducción asistida <input type="radio"/> <sub>2</sub> 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> <sub>1</sub> Gemelar <input type="radio"/> <sub>2</sub> Tres o más <input type="radio"/> <sub>3</sub>	<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	5.2 Total de consultas recibidas [    ] [    ]
--	---	--	---	---	---

El sexo no se puede determinar, por lo que se selecciona se ignora

<b>1. SEXO</b> Hombre <input type="radio"/> <sub>1</sub> Mujer <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input checked="" type="radio"/> <sub>9</sub>	<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> [    ] Semanas	<b>3. PESO</b> [    ] [    ] [    ] Gramos	<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input type="radio"/> <sub>1</sub> Reproducción asistida <input type="radio"/> <sub>2</sub> 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> <sub>1</sub> Gemelar <input type="radio"/> <sub>2</sub> Tres o más <input type="radio"/> <sub>3</sub>	<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	5.2 Total de consultas recibidas [    ] [    ]
--	---	--	---	---	---

**2. EDAD GESTACIONAL.** La duración del embarazo, expresado en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la Extracción o Expulsión del producto.

- Esta información no puede desconocerse, no debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Completar con cero a la izquierda si la edad es menor a 10 semanas.

Edad gestacional conocida

<b>1. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Mujer <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> [ 1 ] [ 8 ] Semanas	<b>3. PESO</b> [    ] [    ] [    ] Gramos	<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input type="radio"/> <sub>1</sub> Reproducción asistida <input type="radio"/> <sub>2</sub> 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> <sub>1</sub> Gemelar <input type="radio"/> <sub>2</sub> Tres o más <input type="radio"/> <sub>3</sub>	<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	5.2 Total de consultas recibidas [    ] [    ]
--	--	--	---	---	---

**3. PESO.** Anotar el peso del producto al nacer, expresado en gramos.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ..., 9)
- Completar con cero a la izquierda si el peso es menor a 1000 gramos.
- 1 kilo = 1000 gramos. Ejemplo: si el producto pesa 1 kilos 400 gramos se debe anotar 1400

El peso es conocido y es de 390 gramos

<b>1. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Mujer <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> 1   8 Semanas	<b>3. PESO</b> 0   3   9   0 Gramos	<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input type="radio"/> <sub>1</sub> Reproducción asistida <input type="radio"/> <sub>2</sub> 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> <sub>1</sub> Gemelar <input type="radio"/> <sub>2</sub> Tres o más <input type="radio"/> <sub>3</sub>	<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	5.2 Total de consultas recibidas [ ] [ ]
--	--	---	---	---	---

**4. DE UN EMBARAZO.** Marcar con una “X” según corresponda.

El embarazo fue espontaneo

<b>1. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Mujer <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> 1   8 Semanas	<b>3. PESO</b> 0   3   9   0 Gramos	<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Reproducción asistida <input type="radio"/> <sub>2</sub> 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> <sub>1</sub> Gemelar <input type="radio"/> <sub>2</sub> Tres o más <input type="radio"/> <sub>3</sub>	<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	5.2 Total de consultas recibidas [ ] [ ]
--	--	---	--	---	---

4.1 El embarazo fue: Marcar con una “X” según corresponda: Único, Gemelar o Tres o más. Se refiere al número de fetos del embarazo en cuestión no importando se viven o no. En caso de la muerte de varios productos se debe realizar un certificado para cada uno de ellos.

El embarazo fue de un producto único

<b>1. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Mujer <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> 1   8 Semanas	<b>3. PESO</b> 0   3   9   0 Gramos	<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Reproducción asistida <input type="radio"/> <sub>2</sub> 4.1 El embarazo fue: Único <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Gemelar <input type="radio"/> <sub>2</sub> Tres o más <input type="radio"/> <sub>3</sub>	<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	5.2 Total de consultas recibidas [ ] [ ]
--	--	---	---	---	---

**5. ATENCIÓN PRENATAL:**

5.1 Recibió atención prenatal Marcar con una “X” según corresponda, Sí o No recibió atención perinatal.

5.2 Total de consultas recibidas:

- En caso de responder “Si” en la pregunta 5.1, anotar el número total de consultas recibidas durante todo el periodo que duro el Embarazo.
- No debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Completar con cero a la izquierda si el número de visitas es menor a 10.
- Si la respuesta a la pregunta 5.1 fue “No” o “Se ignora”, dejar en sin respuesta esta pregunta

Si recibió atención prenatal y fueron 5 consultas

<b>1. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Mujer <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> Semanas: <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="8"/>	<b>3. PESO</b> Gramos: <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/>	<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Reproducción asistida <input type="radio"/> <sub>2</sub> 4.1 El embarazo fue: Único <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Gemelar <input type="radio"/> <sub>2</sub> Tres o más <input type="radio"/> <sub>3</sub>	<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	5.2 Total de consultas recibidas: <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/>
--	--	---	---	--	--

No recibió atención prenatal

<b>1. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Mujer <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> Semanas: <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="8"/>	<b>3. PESO</b> Gramos: <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/>	<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Reproducción asistida <input type="radio"/> <sub>2</sub> 4.1 El embarazo fue: Único <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Gemelar <input type="radio"/> <sub>2</sub> Tres o más <input type="radio"/> <sub>3</sub>	<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	5.2 Total de consultas recibidas: <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--	---	---	--	--

**6. ESTE EMBARAZO FUE.** Marcar con una “X” según corresponda: Normal o Complicado.

- Se considera embarazo complicado cuando después de observarse una evolución normal se altera debido a patologías de la paciente y/o del producto. En caso contrario, el embarazo se considera Normal.

El embarazo fue complicado

<b>6. ESTE EMBARAZO FUE</b> Normal <input type="radio"/> <sub>1</sub> Complicado <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	<b>7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ</b> Antes del parto <input type="radio"/> <sub>1</sub> Durante el parto <input type="radio"/> <sub>2</sub>	<b>7.1 Estado de la piel del producto</b> Fresca (Normal) <input type="radio"/> <sub>1</sub> Macerada <input type="radio"/> <sub>2</sub>	<b>7.2. ¿Se practicó necropsia?</b> Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub>	<b>8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b> Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> Minutos: <input type="text"/>
--	--	---	--	---

**7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ.** Marcar con una “X” según corresponda: Antes del parto o Durante el parto. Si es que la muerte ocurrió antes de iniciarse las contracciones del trabajo de parto o en algún momento del parto pero antes de nacer.

Los datos que sugieren muerte fetal antes del parto son:

- Ausencia de movimientos fetales
- Hemorragia transvaginal
- Latidos cardiacos indetectables
- Altura uterina disminuye

(Caber L. Obstetricia y medicina materno fetal 2007)

La muerte fetal ocurrió durante el embarazo

6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> <sub>1</sub> Complicado <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> <sub>1</sub> Durante el parto <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input type="radio"/> <sub>1</sub> Macerada <input type="radio"/> <sub>2</sub>	7.2. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub>	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos
---	--	--	---	--

7.1 Estado de la piel del producto. Marcar con una “X” según corresponda: Fresca (Normal) o Macerada.

Las características anatómicas se van modificando conforme pasa el tiempo:

- Maceración ocurre posterior a la semana 23 de gestación en la cual posterior al tercer día de ocurrida la muerte la piel se desprende y se observan vesículas en pies, manos, escroto y al final cara. La dermis desnuda se llena de hemoglobina y el feto luce color violáceo. Así mismo los huesos craneales se reblandecen, crepitan y cabalgan entre sí.

(Keeling Fetal and neonatal Pathology, 2007)

Para nuestro ejemplo, la expulsión ocurrió en la semana 18, por lo que de acuerdo a la definición de maceración, el producto nació con piel fresca

6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> <sub>1</sub> Complicado <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> <sub>1</sub> Durante el parto <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Macerada <input type="radio"/> <sub>2</sub>	7.2. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub>	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos
---	--	---	---	--

7.1 7.2 ¿Se practicó necropsia? Marcar con una “X” según corresponda: Sí o No se practicó necropsia.

No se practicó la necropsia al producto

6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> <sub>1</sub> Complicado <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> <sub>1</sub> Durante el parto <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Macerada <input type="radio"/> <sub>2</sub>	7.2. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos
---	--	---	--	--

**8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anotar el día, mes, año y hora de la expulsión o extracción del producto.

- Esta información siempre debe quedar con datos, no puede desconocerse, ni llenarse los espacios con nueves.
- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o del mes es de un dígito.

- La hora debe ser anotada en el formato HH:MM, utilizando la escala de 24 horas y completando ceros a la izquierda si el número correspondiente a la hora o a los minutos es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ..., 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

La expulsión o extracción ocurrió el 23 de junio de 2016 a las 11:28 PM

6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> <sub>1</sub> Complicado <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> <sub>1</sub> Durante el parto <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Macerada <input type="radio"/> <sub>2</sub>	7.2. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 2 3 0 6 2 0 1 6 2 3 2 8 Día Mes Año Hora Minutos
---	--	--	---	---

**9. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Anotar el domicilio completo del lugar donde sucedió la expulsión o extracción.

- En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier campo de esta pregunta, escribir la leyenda 'Se ignora'.
- Cuando la expulsión o extracción sucedió fuera de una unidad médica, indicar al informante la importancia de proporcionar veraz y correctamente el domicilio donde sucedió esta, dado que de esto depende el seguimiento oportuno que pudiera proporcionársele por parte de las instituciones de salud.
- En la medida de lo posible evitar registrar "Domicilio conocido", si no es el caso, se debe anotar una referencia para la ubicación de la unidad médica, vivienda o lugar.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la "Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos" (INEGI-DOF 12/XI/2010).

#### 9.1 Tipo de vialidad

- Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad en función del tránsito vehicular y/o peatonal.
- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Peatonal, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

#### 9.2 Nombre de la vialidad

- Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.
- No se deben usar abreviaturas
- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Rio Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

### 9.3 Núm. Exterior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.
- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

### 9.4 Núm. Interior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.
- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

### 9.5 Tipo de asentamiento humano

- Clasificación que se da al asentamiento humano.
- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad, Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.
- Privilegiar el registro de 'Colonia' sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que este exista.

### 9.6 Nombre del asentamiento humano

- Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.
- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

### 9.7 Código Postal

- Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente al lugar donde sucedió la expulsión o extracción.
- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

### 9.8 Localidad.

- Registrar el nombre de la localidad correspondiente del lugar donde sucedió la expulsión o extracción.
- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

### 9.9 Municipio o delegación.

- Registrar el nombre del municipio o delegación (para el caso de la Ciudad de México) correspondiente del lugar donde sucedió la expulsión o extracción.

- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

9.10 Entidad Federativa.

- Anotar el nombre de la entidad federativa que corresponde del lugar donde sucedió la expulsión o extracción.
- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

La expulsión o extracción sucedió dentro de una unidad médica

9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN		
Calle 9.1 Tipo de vialidad	Montes Urales 9.2 Nombre de la vialidad	800 9.3 Núm. Exterior
Colonia 9.5 Tipo de asentamiento humano	Lomas Virreyes 9.6 Nombre del asentamiento humano	9.4 Núm. Interior
Miguel Hidalgo 9.8 Localidad	Miguel Hidalgo 9.9 Municipio o delegación	1 1 0 0 0 9.7 Código Postal
		Ciudad de México 9.10 Entidad federativa

La expulsión o extracción sucedió en el hogar de la madre

9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN		
Avenida 9.1 Tipo de vialidad	San Juan de Aragón 9.2 Nombre de la vialidad	202 9.3 Núm. Exterior
Colonia 9.5 Tipo de asentamiento humano	Nueva Aragón 9.6 Nombre del asentamiento humano	9.4 Núm. Interior
Gustavo A. Madero 9.8 Localidad	Gustavo A. Madero 9.9 Municipio o delegación	0 7 2 7 0 9.7 Código Postal
		Ciudad de México 9.10 Entidad federativa

**10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Indicar el sitio en donde ocurrió la expulsión o extracción, seleccionar si ocurrió en una Unidad Médica Pública o Privada, en la vía Pública, en el hogar, en otro lugar o ‘Se ignora’.

- Esta información siempre debe dejarse con respuesta y no debe quedar como desconocida.
- Si la defunción ocurrió en una Unidad Médica, sea Pública o Privada (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, IMSS Prospera u otra Unidad Pública), marcar la opción correspondiente y pasar a las preguntas 10.1 y 10.2, las cuales siempre deben contar con respuesta.
- En caso de que la defunción haya ocurrido en la vía Pública, en el hogar, en otro lugar o ‘Se ignora’ (opción 10, 11, 12 o 99 de la pregunta 10), las preguntas 10.1 y 10.2 deben dejarse en blanco.

10.1 Nombre de la Unidad Médica. Especificar el nombre oficial de la Unidad Médica en la que ocurrió la expulsión o extracción.

- No usar abreviaturas.

- Si la defunción ocurrió fuera de una Unidad Médica (opción 10, 11, 12 o 99 de la pregunta 10), omitir la respuesta.

10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) correspondiente a la Unidad Médica donde ocurrió la expulsión o extracción.

- Colocar un sólo carácter en cada espacio.
- En caso de que esta información se desconozca, consultar al área de estadística de la Unidad Médica.
- Si la expulsión o extracción ocurrió fuera de una Unidad Médica (opción 10, 11, 12 o 99 de la pregunta 10), omitir respuesta.

La expulsión o extracción sucedió dentro de una unidad médica

10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN				INPER Isidro Espinosa de los Reyes		Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	10.1 Nombre de la unidad médica		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	D F S S A 0 0 4 0 9 6		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99
				10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			

La expulsión o extracción sucedió dentro en el hogar de la madre, las preguntas 10.1 y 10.2 no se responden

10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN						Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	10.1 Nombre de la unidad médica		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8			Hogar <input checked="" type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99
				10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			

**11. QUIEN ATENDIO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Elegir la opción que identifique a la persona que atendió la expulsión o extracción.

La expulsión o extracción fue atendida por un gineco-obstetra

11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?				12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE					
Médico gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 1	Otro médico <input type="radio"/> 5	Enfermera <input type="radio"/> 2	Partera <input type="radio"/> 3	Otro <input type="radio"/> 4	Se ignora <input type="radio"/> 9	Esponáneo <input type="radio"/> 1	Provocado <input type="radio"/> 2	Terapéutico <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9

**12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE.** Marcar con una “X” según corresponda: Espontaneo, Provocado, Terapéutico o Se ignora.

- Es Espontaneo si la Expulsión o Extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación y si no se realiza acción para que suceda
- Es Provocado si se realizan maniobras para que suceda.
- Es Terapéutico si se realiza por prescripción médica.

- Si responde esta pregunta no responder la 13.

La expulsión o extracción fue un aborto y provocado, la pregunta 13 no se responde

11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Otro médico <input type="radio"/> <sub>5</sub> Enfermera <input type="radio"/> <sub>2</sub> Partera <input type="radio"/> <sub>3</sub> Otro <input type="radio"/> <sub>4</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> <sub>1</sub> Provocado <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub> Terapéutico <input type="radio"/> <sub>3</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>
---	--

**13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Marcar con una “X” según corresponda: Parto vaginal espontáneo, Cesárea, Fórceps, ‘Se ignora’. En el caso de seleccionar Otro, especificar que procedimiento fue practicado.

- Si respondió la pregunta 12 no responda esta.

La expulsión o extracción fue un parto vaginal, la pregunta 12 no se responde

13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input checked="" type="radio"/> <sub>5</sub> Cesárea <input type="radio"/> <sub>1</sub> Fórceps <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub> Otro* <input type="radio"/> <sub>4</sub> *Especifique _____	14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	14.2 ¿Anote la relación que tiene el presunto agresor con la madre? _____
--	--	--

**14. VIOLENCIA.** Responder si existe violencia física hacia la madre por parte de un tercero.

14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre?\_Marcar con una “X” según corresponda: Sí, No o ‘Se ignora’.

- En el caso de existir violencia física por parte de un tercero, responder la pregunta 14.2.

14.2 ¿Qué parentesco tiene el presunto agresor con la madre? Escribir el parentesco del presunto agresor con la madre.

- En caso de no existir un parentesco anotar “Ninguno”.

No hubo violencia, la pregunta 14.2 no se responde

13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input checked="" type="radio"/> <sub>5</sub> Cesárea <input type="radio"/> <sub>1</sub> Fórceps <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub> Otro* <input type="radio"/> <sub>4</sub> *Especifique _____	14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	14.2 ¿Anote la relación que tiene el presunto agresor con la madre? _____
--	--	--

Si hubo violencia y el agresor no tiene ningún parentesco

13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input checked="" type="radio"/> <sub>5</sub> Cesárea <input type="radio"/> <sub>1</sub> Fórceps <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub> Otro* <input type="radio"/> <sub>4</sub> *Especifique _____	14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	14.2 ¿Anote la relación que tiene el presunto agresor con la madre? Ninguno
--	--	--

**15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO.** Si el producto presenta anomalías, malformaciones o defectos congénitos, anotar en el espacio correspondiente la patología.

- Anotar sólo una patología por cada renglón.
- Por ningún motivo puede dejarse en blanco esta variable. Si el producto no presenta patologías, se debe especificar anotando la frase ‘Ninguna aparente’ en ambos renglones.
- Respetar el espacio designado para anotar el código CIE-10 que corresponde a la patología descrita.

El producto presenta microcefalia.

15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO		CODIGO CIE	
a)	<u>Microcefalia</u>	<input type="text"/>	Usó exclusivo del personal codificador
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

El producto no presenta anomalías, malformaciones o defectos congénitos.

15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO		CODIGO CIE	
a)	<u>Ninguna aparente</u>	<input type="text"/>	Usó exclusivo del personal codificador
b)	<u>Ninguna aparente</u>	<input type="text"/>	

## CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

Cuando la Muerte Fetal ocurra en una Unidad Médica, las preguntas de este apartado siempre deben quedar con respuesta.

**16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar los modos de morir – ejemplo: paro cardiaco, astenia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.

Deje en blanco los espacios reservados para “Uso exclusivo del personal codificador”. Aunque con frecuencia es difícil establecer las causas de la muerte fetal, el médico debe apoyarse en el interrogatorio y exploración, para anotar los diagnósticos más cercanos a la realidad, evitando el uso de términos inespecíficos como es el caso de “interrupción de la circulación fetoplacentaria” que no aporta información precisa.

En las causas que provocan la muerte fetal se incluyen:

Maternas:

- Como enfermedades maternas trastornos hipertensivos en el embarazo, diabetes mellitus.
- Complicaciones obstétricas: traumatismo al nacer, desproporción feto pélvica, presentaciones anormales.
- Complicaciones maternas del embarazo: incompetencia cuello uterino, ruptura prematura de membranas.

Fetales

- Enfermedad placentaria, cordón umbilical o membranas: circular de cordón, placenta previa.
- Malformaciones congénitas: anencefalia, espina bífida, cromosomopatías.
- Infecciones presentes durante el embarazo como gonorrea, sífilis, Citomegalovirus, rubeola, etc.

(Silver R, JAMA 2011) (Spong Stillbirth, 2011)

Se sugiere realizar estudio histopatológico para determinar la causa precisa de muerte fetal y así tener información que permita tomar decisiones.

**Parte I.** Anote en el inciso (a) la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente, asiente está en el inciso (b), si esta es originada a su vez por una tercera, anótela en el inciso (d).

No es estrictamente necesario llenar los renglones (b), (c) y (d) siempre y cuando la causa informada en el inciso (a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí misma sea la causa de la muerte fetal, sin necesidad de causas previas.

**Parte II.** En esta parte anote alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I (a, b, c o d).

Se incluyen:

- Enfermedades de la madre que afectan el embarazo como: anemia, cardiopatía, insuficiencia renal, obesidad, etc. (Saade G. JAMA 2011)
- Influencias nocivas transmitidas por la placenta: tabaquismo, alcoholismo, consumo drogas durante el embarazo, o exposición a ciertos medicamentos como quimioterapia. (Saade G. JAMA 2011)

16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)		Especifique si la causa fue:		Uso exclusivo del personal codificador
		MATERNA	FETAL	Código CIE
<b>PARTE I</b> Condición fetal o materna que causó directamente la muerte  Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica	a) <b>Inmadurez pulmonar</b> Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 01	<input checked="" type="radio"/> 02	
	b) <b>Ruptura prematura de membranas</b> Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 01	<input checked="" type="radio"/> 02	
	c) _____ Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 01	<input type="radio"/> 02	
	d) _____ Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 01	<input type="radio"/> 02	
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo		II.1	<input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02	
		II.2	<input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02	
Uso exclusivo del personal codificador		17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		

**17. CAUSA BÁSICA DE LA DEFUNCIÓN.** Esta pregunta es para uso exclusivo de personal codificador, favor de dejarlo sin responder

Uso exclusivo del personal codificador	17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
--	--	--	--	--	--

## DATOS DE LA MADRE

**Para el llenado de este apartado, debe consultar la historia clínica de la madre y sus documentos de identificación.** De no existir la historia clínica auxílese de la información proporcionada por los familiares (de preferencia directos).

**18. NOMBRE.** Anotar el nombre completo de la madre, iniciando por el(los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido.

- El nombre debe anotarse idénticamente a como esté asentado en el Acta de Nacimiento, por lo que se recomienda copiarlo directamente de este documento o en su defecto de la identificación oficial o un comprobante de identidad.
- No utilizar abreviaturas, a menos que se encuentre la información de esa manera en el Acta de Nacimiento.

El nombre de la madre es conocido.

<b>18. NOMBRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span style="color: blue; font-weight: bold;">Maria Georgina</span> <span style="color: blue; font-weight: bold;">Duran</span> <span style="color: blue; font-weight: bold;">Martinez</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: 2px;"> <span>Nombre(s)</span> <span>Primer Apellido</span> <span>Segundo Apellido</span> </div>		
<b>19. CURP</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <span>Se ignora <input type="radio"/> 99</span> </div>	<b>20. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span> Especifique	
<b>21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9	<b>22. EDAD (Años)</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<b>23. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> 4    Separada <input type="radio"/> 6    Divorciada <input type="radio"/> 3    Viuda <input type="radio"/> 2    Soltera <input type="radio"/> 1    Casada <input type="radio"/> 5    Se ignora <input type="radio"/> 9

**19. CURP.** Anotar la Clave Única de Registro de Población (CURP) de la madre, en los espacios correspondientes. Esta información es de vital importancia para posteriores gestiones de registro de la información.

- Colocar un sólo carácter en cada espacio.
- Para obtener la CURP de la madre debe agotar todas las opciones posibles (consultar en la credencial de elector, en el expediente clínico, en su credencial de afiliación a los servicios de salud, entre otras) y como último recurso debe acceder a la siguiente página web para obtenerla:

<http://consultas.curp.gob.mx/CurpSP/>

- En caso de que esta información se desconozca, marcar con una “X” en ‘Se ignora’, dejando en blanco los espacios para anotar la CURP.

Se conoce la CURP de la madre

18. NOMBRE		
Maria Georgina	Duran	Martinez
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
19. CURP		20. NACIONALIDAD
D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5		Mexicana <input type="radio"/> _1
Se ignora <input type="radio"/> _99		Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	22. EDAD (Años)	23. ESTADO CONYUGAL
Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		En unión libre <input type="radio"/> _4 Separada <input type="radio"/> _6 Divorciada <input type="radio"/> _3 Viuda <input type="radio"/> _2 Soltera <input type="radio"/> _1 Casada <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9

**20. NACIONALIDAD.** Marcar con una “X” según corresponda: Mexicana, otra Nacionalidad o ‘Se ignora’. Cuando selecciones “Otra”, debe anotar la nacionalidad en “Especifique”

La nacionalidad se conoce y es mexicana

18. NOMBRE		
Maria Georgina	Duran	Martinez
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
19. CURP		20. NACIONALIDAD
D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5		Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1
Se ignora <input type="radio"/> _99		Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	22. EDAD (Años)	23. ESTADO CONYUGAL
Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		En unión libre <input type="radio"/> _4 Separada <input type="radio"/> _6 Divorciada <input type="radio"/> _3 Viuda <input type="radio"/> _2 Soltera <input type="radio"/> _1 Casada <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9

**21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marcar con una X la respuesta que corresponda: Si, No o “Se ignora”, en caso de que la madre hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.

La madre no habla alguna lengua indígena

18. NOMBRE		
Maria Georgina	Duran	Martinez
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
19. CURP		20. NACIONALIDAD
D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5		Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1
Se ignora <input type="radio"/> _99		Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	22. EDAD (Años)	23. ESTADO CONYUGAL
Si <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		En unión libre <input type="radio"/> _4 Separada <input type="radio"/> _6 Divorciada <input type="radio"/> _3 Viuda <input type="radio"/> _2 Soltera <input type="radio"/> _1 Casada <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9

**22. EDAD (Años).** Especifique la edad en años cumplidos de la madre.

- Cuando la edad cumplida sea desconocida llenar con “nueves” en los espacios correspondientes.

Cuando fue la expulsión o extracción (23/06/2016) del producto, la madre aún tenía 30 años cumplidos de acuerdo a su fecha de nacimiento

18. NOMBRE		
Maria Georgina	Duran	Martinez
Nombre(s)		Segundo Apellido
19. CURP		20. NACIONALIDAD
D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5		Mexicana <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>
		Otra <input type="radio"/> <sub>2</sub> → Especifique
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	22. EDAD (Años)	23. ESTADO CONYUGAL
Si <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	3 0	En unión libre <input type="radio"/> <sub>4</sub> Separada <input type="radio"/> <sub>6</sub> Divorciada <input type="radio"/> <sub>3</sub> Viuda <input type="radio"/> <sub>2</sub> Soltera <input type="radio"/> <sub>1</sub> Casada <input type="radio"/> <sub>5</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>

**23. ESTADO CONYUGAL.** Es la situación en que se encuentra la madre, se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho.

- Leer todas las posibles respuestas antes de seleccionar una opción.
- En caso de que esta información se desconozca, marcar la opción ‘Se ignora’.

Estado conyugal, la madre vive en unión libre

18. NOMBRE		
Maria Georgina	Duran	Martinez
Nombre(s)		Segundo Apellido
19. CURP		20. NACIONALIDAD
D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5		Mexicana <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>
		Otra <input type="radio"/> <sub>2</sub> → Especifique
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	22. EDAD (Años)	23. ESTADO CONYUGAL
Si <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>	3 0	En unión libre <input checked="" type="radio"/> <sub>4</sub> Separada <input type="radio"/> <sub>6</sub> Divorciada <input type="radio"/> <sub>3</sub> Viuda <input type="radio"/> <sub>2</sub> Soltera <input type="radio"/> <sub>1</sub> Casada <input type="radio"/> <sub>5</sub> Se ignora <input type="radio"/> <sub>9</sub>

**24. RESIDENCIA HABITUAL.** Anotar el domicilio completo donde reside habitualmente la madre. Se considera residencia habitual cuando el tiempo es mayor a 6 meses. En caso de no tener ese dato, anotar el domicilio de la vivienda donde puede ser localizada.

- En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier campo de esta pregunta, escribir la leyenda ‘Se ignora’.
- Indicar a la madre o informante la importancia de proporcionar veraz y correctamente el domicilio de residencia habitual, dado que de esto depende el seguimiento oportuno que pudiera proporcionársele por parte de las instituciones de salud.
- En la medida de lo posible evitar registrar “Domicilio conocido”, si no es el caso, se debe anotar una referencia para la ubicación de la vivienda.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la “Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos” (INEGI-DOF 12/XI/2010).

#### 24.1 Tipo de vialidad

- Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad en función del tránsito vehicular y/o peatonal.
- No se deben usar abreviaturas.

- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Peatonal, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

#### 24.2 Nombre de la vialidad

- Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.
- No se deben usar abreviaturas
- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Rio Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

#### 24.3 Núm. Exterior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.
- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

#### 24.4 Núm. Interior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.
- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

#### 24.5 Tipo de asentamiento humano

- Clasificación que se da al asentamiento humano.
- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad, Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.
- Privilegiar el registro de 'Colonia' sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que esta exista.

#### 24.6 Nombre del asentamiento humano

- Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.
- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

#### 24.7 Código Postal

- Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente a la residencia habitual de la madre.
- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

**24.8 Localidad.**

- Registrar el nombre de la localidad correspondiente a la residencia habitual de la madre.
- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

**24.9 Municipio o delegación.**

- Registrar el nombre del municipio o delegación (para el caso de la Ciudad de México) correspondiente a la residencia habitual de la madre.
- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

**24.10 Entidad Federativa.**

- Anotar el nombre de la entidad federativa que corresponde a la residencia habitual de la madre.
- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.
- En caso de que el fallecido residía en el extranjero, anotar el nombre del país.
- Ejemplo: Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, Alemania, Egipto, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

**24.11 Teléfono**

- Número telefónico donde se pueda localizar a la madre del producto.
- El número telefónico debe ser anotado a 10 dígitos, uno en cada espacio.
- Informar a la madre la importancia de proporcionar veraz y correctamente su número telefónico, para facilitar el seguimiento de los programas de salud dirigidos a ella.

**Domicilio de la madre conocido**

24. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre			
Avenida	Insurgentes	250	
24.1 Tipo de vialidad	24.2 Nombre de la vialidad	24.3 Núm. Exterior	24.4 Núm. Interior
Colonia	Los Pinos	8   0   1   2   8	
24.5 Tipo de asentamiento humano	24.6 Nombre del asentamiento humano	24.7 Código Postal	
Culiacán Rosales	Culiacán	Sinaloa	6   6   7   1   0   1   1   5   5   5
24.8 Localidad	24.9 Municipio o delegación	24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	24.11 Teléfono

**25. ESCOLARIDAD.** Marcar la opción que indique el grado máximo de estudios aprobados de la madre.

- Si la madre no cuenta con estudios, seleccione la opción ‘Ninguna’.
- Si la madre tuviese estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin concluir, marcar la opción “incompleta” en 25.1.

- En el caso de que la madre haya cursado carrera técnica marcar la opción ‘Bachillerato’
- En caso de que la madre o él información desconozca la escolaridad, marcar la opción ‘Se ignora’.

25.1 La escolaridad seleccionada es. Marque Completa si el nivel de escolaridad de la madre se cursó en su totalidad, caso contrario marque Incompleta.

Escolaridad de preparatoria terminada

<b>25. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria <input type="radio"/> 3    Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7    Profesional <input type="radio"/> 8    Posgrado <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99				25.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1    Incompleta <input type="radio"/> 2		<b>26. OCUPACIÓN HABITUAL</b> _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 9				27.1 Número de seguridad social o afiliación _____		<b>28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)</b> _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
				26.1 Trabaja actualmente    Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9			

**26. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anotar el oficio o trabajo que tiene la madre. Ejemplo: maestra, secretaria, mesera, enfermera, etc.

- Si la madre no trabaja, mencionar a que se dedica o cuál es su ocupación principal. Ejemplo: estudiante, ama de casa, jubilada, etc.
- Anotar la ocupación habitual sin abreviaturas.
- En caso de que la información se desconozca, marcar la opción ‘Se ignora’.

26.1 Trabaja actualmente

- Marcar la opción ‘Sí’ cuando la madre cuenta con un trabajo remunerado, labora en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos.
- Marcar ‘No’ cuando la madre se dedica al hogar y/o al cuidado de los hijos y/o a estudiar, sea rentista o jubilada, etc.
- En caso de no contar con esta información, marcar la opción ‘Se ignora’.
- Cuando se ignore la pregunta 26, en esta pregunta debe seleccionar “Se ignora”

Ocupación habitual de la madre es conocida y trabaja

<b>25. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria <input type="radio"/> 3    Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7    Profesional <input type="radio"/> 8    Posgrado <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99				25.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1    Incompleta <input type="radio"/> 2		<b>26. OCUPACIÓN HABITUAL</b> <b>Repcionista</b> _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 9				27.1 Número de seguridad social o afiliación _____		<b>28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)</b> _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
				26.1 Trabaja actualmente    Sí <input checked="" type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9			

**27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marcar la opción que corresponda a la institución donde está afiliada la madre o de la cual es derechohabiente.

- Es importante leer todas las opciones y marcar la señalada en el expediente clínico de la madre o por el informante.
- Cuando la madre no tiene afiliación a los Servicios de Salud, seleccionar la opción ‘Ninguna’ y omitir la respuesta de la pregunta 27.1, dejándola en blanco.
- En caso de no contar con esta información, marcar la opción ‘Se ignora’ y omitir la respuesta de la pregunta 27.1, dejándola en blanco.

27.1 Número de Seguridad Social y Afiliación. Anotar el número de seguridad social o afiliación de la institución seleccionada.

- Si esta información se desconoce, escriba la leyenda ‘Se ignora’.
- Debe quedar en blanco cuando en la pregunta 27 se haya seleccionado la opción ‘Ninguna’ o ‘Se ignora’.

**Afiliación a Servicios de Salud conocida**

<b>25. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria <input type="radio"/> 3    Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7    Profesional <input type="radio"/> 8    Posgrado <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99				25.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1    Incompleta <input type="radio"/> 2		<b>26. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Recepcionista    Se ignora <input type="radio"/> 99 26.1 Trabaja actualmente    Sí <input checked="" type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 9				27.1 Número de seguridad social o afiliación 2509876543		<b>28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)</b> Se ignora <input type="radio"/> 99	

28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual). Anotar el número del total de embarazos (gestas) que ha tenido la madre a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos; es decir, incluyendo: productos nacidos vivos, productos nacidos muertos, abortos, molas y embarazos ectópicos, se debe incluir el embarazo del nacido vivo que se está certificando.

o Colocar un sólo dígito en cada espacio.

o Si esta información se desconoce, elegir la opción “Se ignora”.

**Es su segundo embarazo**

<b>25. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria <input type="radio"/> 3    Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7    Profesional <input type="radio"/> 8    Posgrado <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99				25.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1    Incompleta <input type="radio"/> 2		<b>26. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Recepcionista    Se ignora <input type="radio"/> 99 26.1 Trabaja actualmente    Sí <input checked="" type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 9				27.1 Número de seguridad social o afiliación 2509876543		<b>28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)</b> 0   2    Se ignora <input type="radio"/> 99	

**29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS)**

Anotar según corresponda cuantos hijos vivos, muertos y sobrevivientes ha tenido la madre. Al contestar este apartado debe considerar cuando es el primer embarazo de la madre y si este fue “único”, “gemelar” o “tres o más”.

29.1 Nacidos muertos (as). Anotar el número total de productos nacidos muertos (defunciones fetales) que haya tenido la madre. Incluyendo: abortos, molas y embarazos ectópicos.

- o Ver definición de “Defunción fetal” en el Glosario de Términos de éste manual.
- o Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- o Si no ha tenido hijos(as) nacidos(as) muertos(as) anotar ‘00’, no dejar espacios en blanco.
- o Si esta información se desconoce, elegir la opción “**Se ignora**”.

29.2 Nacidos vivos (as) (incluye al actual). Registrar el número total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que haya tenido la madre, independientemente que alguno de éstos después falleciera.

- o Si no ha tenido hijos(as) nacidos(as) vivos(as) anotar ‘00’, no dejar espacios en blanco.
- o Si esta información se desconoce, elegir la opción “**Se ignora**”.

29.3 Sobrevivientes. Registrar cuántos de los hijos(as) nacidos(as) vivos(as) anotados en la pregunta 29.2 viven actualmente.

- o Si no tiene hijos sobrevivientes anotar ‘00’, no dejar espacios en blanco.
- o Si esta información se desconoce, elegir la opción “**Se ignora**”.

Es el segundo embarazo de la madre, tuvo un hijo en el primer embarazo, el cual sobrevive y antes de éste no ha tenido hijos muertos.

29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS)		30. ¿VIVE LA MADRE?	30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:
29.1 Nacidos Muertos (as)	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> Se ignora <input type="radio"/> <sub>99</sub>	Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="text"/>
29.2 Nacidos Vivos (as)	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> <sub>99</sub>		
29.3 Sobrevivientes	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> <sub>99</sub>		

### 30. ¿VIVE LA MADRE?

- Verificar y registrar si la madre del nacido muerto que se está certificando vive al momento de la expedición del Certificado de Muerte Fetal.
- Seleccionar la opción “No”, sólo en caso de que la madre haya fallecido antes de la expedición del Certificado de Muerte Fetal y por ningún motivo omitir la respuesta de la pregunta 30.1.
- Si seleccionó la opción “Sí”, se debe dejar en blanco la pregunta 30.1 y pasar a la pregunta 31.

La madre sobrevivió a la expulsión o extracción.

29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS)		30. ¿VIVE LA MADRE?	30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:
29.1 Nacidos Muertos (as)	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> Se ignora <input type="radio"/> <sub>99</sub>	Sí <input checked="" type="radio"/> <sub>1</sub> No <input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="text"/>
29.2 Nacidos Vivos (as)	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> <sub>99</sub>		
29.3 Sobrevivientes	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> <sub>99</sub>		

30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción. Si la madre del nacido muerto falleció antes de la expedición del Certificado de Muerte Fetal anotar el número correcto del Certificado de Defunción expedido para la madre.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- El folio del Certificado de Defunción es un número de 9 dígitos, el cual se ubica en la parte superior derecha de dicho documento.
- Si no se tiene el original del Certificado de Defunción a la mano, localice la tercera copia de este documento (hoja verde) en la historia clínica de la madre o bien, solicite a los familiares el original (hoja blanca) para transcribir el folio.
- Si seleccionó la opción “Sí” en 30, dejar en blanco esta pregunta y pasar a la 31.

La madre NO sobrevivió a la expulsión o extracción, debe anotar el folio del Certificado de Defunción de la madre.

<b>29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS)</b>		<b>30. ¿VIVE LA MADRE?</b>	<b>30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:</b>
29.1 Nacidos Muertos (as) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> Se ignora <input type="radio"/> <sub>gg</sub>	29.3 Sobrevivientes <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> <sub>gg</sub>	Sí <input type="radio"/> <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
29.2 Nacidos Vivos (as) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> <sub>gg</sub>			

## DATOS DEL INFORMANTE

Las preguntas de esta sección corresponden a los datos de identificación del informante del Certificado de Muerte Fetal.

**31. NOMBRE.** Anotar el nombre completo del informante, iniciando por el(los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido.

- Sin abreviaturas, a menos que se encuentren asentadas en el Acta de Nacimiento del informante.

<b>31. NOMBRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center; width: 30%;"> <b>María Georgina</b>  <small>Nombre(s)</small> </div> <div style="text-align: center; width: 30%;"> <b>Duran</b>  <small>Primer Apellido</small> </div> <div style="text-align: center; width: 30%;"> <b>Martinez</b>  <small>Segundo Apellido</small> </div> </div>	<b>32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	--

**32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO.** Anotar el parentesco del informante con el producto

- No usar abreviaturas
- No debe dejar sin responder esta pregunta

El informante es la madre

<b>31. NOMBRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center; width: 30%;"> <b>María Georgina</b>  <small>Nombre(s)</small> </div> <div style="text-align: center; width: 30%;"> <b>Duran</b>  <small>Primer Apellido</small> </div> <div style="text-align: center; width: 30%;"> <b>Martinez</b>  <small>Segundo Apellido</small> </div> </div>	<b>32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center; width: 60%;"><b>Madre</b></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 30%;"></div> </div>
--	--

## DATOS DEL CERTIFICANTE

Las preguntas de esta sección corresponden a los datos de identificación de la persona que expide el Certificado de Muerte Fetal. Los datos que aquí se solicitan son de suma importancia para realizar cualquier aclaración posterior.

**33. CERTIFICADA POR.** Elegir la opción que identifique a la persona que certifica la Muerte Fetal.

- Si el Certificado es llenado por un médico pasante, marcar la opción 4-‘Persona autorizada por la Secretaría de Salud’ y en número de cédula profesional anotar “Medico Pasante”.
- Las preguntas de esta sección corresponden a los datos de identificación de la persona que expide el Certificado de Muerte Fetal.

**34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO.** Cuando la persona que certifica la muerte fetal es médico (opciones 1, 2 y 3 de la pregunta 33), anotar en el espacio correspondiente el número de cédula profesional que lo avala como tal.

- Si el certificante no es médico, omitir respuesta.

La muerte fetal fue certificada por un médico

<p><b>33. CERTIFICADA POR</b></p> <p>Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1      Otro médico* <input type="radio"/> 3      Autoridad civil* <input type="radio"/> 5</p> <p>Médico legista <input type="radio"/> 2      Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4      Otro* <input type="radio"/> 8</p> <p style="text-align: right;">*Especifique _____</p>	<p><b>34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b></p> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">1234567</p> <p style="text-align: center;">Número de la cédula profesional</p>
--	--

La muerte fetal fue certificada por un médico pasante

<p><b>33. CERTIFICADA POR</b></p> <p>Médico tratante <input type="radio"/> 1      Otro médico* <input type="radio"/> 3      Autoridad civil* <input type="radio"/> 5</p> <p>Médico legista <input type="radio"/> 2      Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 4      Otro* <input type="radio"/> 8</p> <p style="text-align: right;">*Especifique _____</p>	<p><b>34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b></p> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">Médico Pasante</p> <p style="text-align: center;">Número de la cédula profesional</p>
--	---

**35. NOMBRE.** Anotar con letra de molde el nombre completo de la persona que certifica la muerte fetal, iniciando por el(los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido.

- Sin abreviaturas, a menos que se encuentren asentadas en el Acta de Nacimiento del certificante.

<p><b>35. NOMBRE</b></p> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">Carlos Alberto</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Nombre(s)</p>	<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">Andrade</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Primer Apellido</p>	<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">Lopez</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Segundo Apellido</p>
---	---	--

## 36. DOMICILIO

Anotar el domicilio completo donde se localiza habitualmente la persona que certifica la muerte fetal.

- Esta información no podrá ser ignorada ni omitida.
- En caso de que la muerte fetal haya ocurrido en una unidad médica y el certificante esté o no adscrito a ésta, debe anotar los datos del domicilio de la misma.
- Los datos personales están protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la 'Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos' (INEGI-DOF 12/XI/2010).

### 36.1 Tipo de vialidad

Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad, en función del tránsito vehicular y/o peatonal.

- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Peatonal, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

### 36.2 Nombre de la vialidad

Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.

- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Rio Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

### 36.3 Núm. Exterior

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.

- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

### 36.4 Núm. Interior

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.

- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

### 36.5 Tipo de asentamiento humano

Clasificación que se da al asentamiento humano.

- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.
- Privilegiar el registro de 'Colonia' sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que esta exista.

### 36.6 Nombre del asentamiento humano

Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.

- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

### 36.7 Código Postal

Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

### 36.8 Localidad

Registrar el nombre de la localidad correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

### 36.9 Municipio o delegación

Registrar el nombre del municipio o delegación (para el caso del Ciudad de México) correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.

- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

### 36.10 Entidad federativa

Anotar el nombre de la entidad federativa correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.
- El número telefónico debe ser anotado a 10 dígitos, uno en cada espacio.
- El certificante debe anotar el número telefónico, donde puede ser localizado, si la defunción ocurrió dentro de una unidad médica anotar el teléfono de la misma.

La muerte fetal sucedió dentro de una unidad médica, por lo que el domicilio del certificante es el mismo

36. DOMICILIO			
Calle	Montes Urales	800	
36.1 Tipo de vialidad	36.2 Nombre de la vialidad	36.3 Núm. Exterior	36.4 Núm. Interior
Colonia	Lomas Virreyes	1	1 0 0 0
36.5 Tipo de asentamiento humano	36.6 Nombre del asentamiento humano	36.7 Código Postal	
Miguel Hidalgo	Miguel Hidalgo	Ciudad de México	
36.8 Localidad	36.9 Municipio o delegación	36.10 Entidad federativa	

La muerte fetal sucedió en el hogar y fue atendida por un médico particular, por lo que se anota el domicilio particular del certificante.

36. DOMICILIO			
Avenida	San Juan de Aragón	202	
36.1 Tipo de vialidad	36.2 Nombre de la vialidad	36.3 Núm. Exterior	36.4 Núm. Interior
Colonia	Nueva Aragón	0	7 2 7 0
36.5 Tipo de asentamiento humano	36.6 Nombre del asentamiento humano	36.7 Código Postal	
Gustavo A. Madero	Gustavo A. Madero	Ciudad de México	
36.8 Localidad	36.9 Municipio o delegación	36.10 Entidad federativa	

### 37. TELÉFONO

Número telefónico donde se pueda localizar al certificante (fijo o celular).

37. TELÉFONO	38. FIRMA	39. FECHA DE CERTIFICACIÓN										
5540889910		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Día	Mes	Año		
Día	Mes	Año										

**38. FIRMA.** La persona que certifica la muerte fetal debe plasmar su firma en este espacio, haciendo constar que es el responsable de la información contenida en el Certificado de Defunción.

- El certificado se considera inválido sin ésta firma.
- Utilizar únicamente BOLÍGRAFO. No usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares.
- Se recomienda que el certificante firme en original y cada uno de las 3 copias que componen el Certificado de Muerte Fetal para tener una mejor legibilidad de la firma.

37. TELÉFONO 5540889910	38. FIRMA 	39. FECHA DE CERTIFICACIÓN <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Año</td> </tr> </table>							Día		Mes		Año	
Día		Mes		Año										

**39. FECHA DE CERTIFICACIÓN:** Anotar el día, mes y año correspondiente a la fecha en la que el certificado es expedido.

- Por ningún motivo debe confundirse con la fecha en la que el Certificado es entregado.
- Esta información no puede desconocerse, dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o del mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

El certificado se expidió el mismo día de la muerte fetal.

37. TELÉFONO 5540889910	38. FIRMA 	39. FECHA DE CERTIFICACIÓN <table border="1"> <tr> <td>2</td><td>3</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="4">Año</td> </tr> </table>	2	3	0	6	2	0	1	6	Día		Mes		Año			
2	3	0	6	2	0	1	6											
Día		Mes		Año														

## XII. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Acta.-** Forma debidamente autorizada por el Juez y firmada por quienes en ella hayan intervenido, en la que se hace constar un hecho o acto del estado civil.

**Área responsable de la distribución.-** Área designada para la distribución de los formatos de Certificado de Nacimiento por cada entidad federativa y/o institución del sector salud.

**Causa básica de defunción.-** Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

**Causas de defunción.-** Aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o que contribuyeron a ella y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones.

**Causas externas.-** Clasificación de acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos. Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, debe describirse tanto la naturaleza de la afección como la de las circunstancias que la originaron.

**Certificante.-** Persona autorizada para registrar datos y dar constancia de la autenticidad de los mismos. En el caso que nos ocupa, se constituyen como Certificantes autorizados para llenar el Certificado de Defunción las siguientes personas: médico con cédula profesional que atiende a la persona antes de fallecer o que certifica la defunción; persona autorizada por la secretaría para dar fe de la defunción.

**Certificado.-** Documento de acreditación emitida por una entidad o un particular debidamente autorizados garantizando que determinado dato pertenece realmente a quien se supone.

**Certificado de Defunción.-** Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho.

**Certificado de Muerte Fetal.-** Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

**Cesárea.-** Intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

**Constancia de hechos.-** Registro a través del cual se establece la veracidad y/o autenticidad de algún hecho.

**Clave Única de Establecimientos de Salud.-** Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud de manera obligatoria a cada establecimiento de salud (entre los que se encuentran: unidades médicas, laboratorios, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas, sean estos fijos o móviles) que exista en el territorio nacional, sea público, privado o social, y con la cual se identifica toda la información reportada por el mismo a cada uno de los componentes del Sistema Nacional de Información en Salud.

**Defunción (muerte, fallecimiento).-** Desaparición permanente de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después de ser declarado nacido vivo.

**Defunción (muerte, fallecimiento) Fetal.-** Pérdida de la vida de un producto de la concepción antes de la expulsión o 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 de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

**Defunción materna.-** Muerte de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

**Derechohabiencia.-** Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica, que pueden ser provistos por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables que rigen a dichas instituciones.

**Denuncia de hechos.-** Es el medio a través del cual, las personas hacen del conocimiento del Ministerio Público la comisión de hechos que puedan constituir un delito.

**Estadísticas vitales.-** Recuento de hechos o sucesos que le ocurren a la población o a un segmento de ella, los cuales pueden registrarse conforme ocurren, señalando el momento

y lugar en que sucedieron. Algunos hechos vitales que se recogen en las estadísticas vitales son: los nacimientos, las defunciones, los matrimonios, los divorcios.

**Edad gestacional.-** Es el tiempo, medido en semanas, transcurrido desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que ocurre la expulsión del producto del cuerpo de la madre (ya sea aborto, muerte fetal o nacido vivo). Un embarazo de gestación normal es de aproximadamente 40 semanas, con un rango normal de 38 a 42 semanas.

**Manual.-** Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de organización.

**Manual de llenado.-** Documento que contiene la información e instrucciones necesarias para el correcto registro de datos en un formato específico, en este caso del *Certificado de Defunción*.

**Nacido vivo.-** Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

**Parto normal.-** Nacimiento por vía vaginal sin alguna variación o complicación, como sería la aplicación de maniobras.

**Parto complicado.-** Nacimiento por vía vaginal que no se considera normal por haber requerido algún procedimiento como: aplicación de fórceps o maniobras como versión y extracción podálica.

**Residencia habitual.-** Lugar de alojamiento específico (vivienda o morada) que tiene una persona, en donde duerme, come, prepara alimentos, se protege del medio ambiente y al que puede volver en el momento en que lo desee.

**Sexo.-** Característica biológica que distingue a las personas en hombres o mujeres.

**Subsistema Epidemiológico y Estadísticos de Defunciones (SEED).-** Forma parte de Sistema Nacional de Información en Salud para la generación de estadísticas reales y oportunas sobre el número y las causas de las defunciones que ocurren en el país.

### XIII. BIBLIOGRAFÍA

Comité de Información. Dirección General de Tecnología de Información. Centro de Documentación Institucional. *Manual para la Operación de Archivos Administrativos*. México, 2004.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Dirección General de Estadísticas. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. *Síntesis Metodológica de las Estadísticas Vitales*. México, 2003.

Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10ª revisión. Washington, D.C.: OPS, 1995.

Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. *Obstetricia y Medicina Materno fetal*. 1ª edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana, 2010.

Spong Catherine. *Stillbirths prediction, prevention and management*. 1ª edición. USA. Editorial Wiley Brackwell, 2011.

Keeling J, Khang T. *Fetal and Neonatal Pathology*. 4ª edición. United Kingdom. Editorial Verlog London, 2007.

The Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Association between Stillbirth and Risk Factors Known at Pregnancy Confirmation. *JAMA* 2011; 22: 2469-2479.

The Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Causes of Death Among Sitllbirths. *JAMA* 2011;22: 2459-2468.