

DOF: 28/12/2021**ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal.****Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SALUD.- Secretaría de Salud.**

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

CONSIDERANDO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. El original y las copias rosa y azul, se entregarán a la interesada/o con la instrucción de que sean entregadas a la Oficina del Registro Civil que corresponda, para obtener el Acta de Defunción y permiso de inhumación en caso de una defunción, o para tramitar el permiso de inhumación en caso de una muerte fetal.
- II. El Registro Civil entregará el original a las Secretarías de Salud de las entidades federativas, la hoja rosa al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), quedándose para su resguardo con la hoja azul.
- III. La copia verde del certificado de defunción o de muerte fetal, deberá conservarse en el establecimiento para la atención médica en el que se haya expedido, a efecto de integrar la información de mortalidad que corresponda y su integración al expediente clínico de la persona fallecida, para el caso de una defunción, o en el de la madre, si se trata de muerte fetal. En caso de que el certificado de defunción o de muerte fetal haya sido expedido fuera de un establecimiento para la atención médica, el médico o la persona autorizada por la Secretaría de Salud deberá remitir la copia verde a la jurisdicción sanitaria que corresponda, en un plazo no mayor de diez días hábiles, contados a partir del día siguiente a la fecha de su expedición.
- IV. En caso de que el certificado de defunción o de muerte fetal no sea reclamado, el médico o la persona autorizada por la Secretaría de Salud que lo expidió, deberá remitir el certificado original y las copias a la Secretaría de Salud de la entidad federativa donde ocurrió el hecho.
- V. En caso de defunciones certificadas por los servicios médicos forenses, su distribución se ajustará a lo siguiente:
 - V.1 Se proporcionará a la interesada/o el original y la copia azul con la instrucción de que sean entregadas a la Oficina del Registro Civil que corresponda, para obtener el acta de defunción y el permiso de inhumación.
 - V.2 Se retendrá la copia rosa a efecto de entregarla al INEGI, independientemente de que el cadáver haya sido reclamado o no.
 - V.3 En todos los tantos se asentará el sello oficial de la institución a la que pertenece el médico forense como constancia de que la copia rosa del certificado fue retenida.

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

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

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

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

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

ANEXO 1 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

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

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE SUELTOS DELIGUADO Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN MATERIA DE LOS PARTICULARES

00000000

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser llenado por una persona médica, de preferencia por el Instituto, el que haya expedido la cláusula médica o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-036-SSA2-2012 en el número 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción, que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado del certificado se deben tener los mismos en consideración por su fondo, opciones legales y responsabilidad de la muerte, así como los datos que aparecen en los documentos correspondientes. Si la defunción ocurre en un Instituto médico, recurrir al expediente clínico para obtener la cotización de información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los beneficiarios 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 llegar la información de mortalidad de Sector Salud y posteriormente guardarse en el excedente clínico de la (jef) de establecimiento. Si el Certificado se expide fuera de una unidad médica, la (jef) certificante está obligada a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice plumas ni gel), usando el formato clásico y sigilo a fin de mantenerlo intacto. No use acrillas.
- Dembre sobre una superficie plana y firme, presionando lo suficiente para legibilizar las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de suministrar una copia, no utilice tinta.
- En los campos de Fecha y orden de recepción es dia, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito. Ejemplo para 5 de marzo de 2013 ante [0] 5 [0] 3 [0] 2013. Registre en el espacio para el fallecimiento con "fallecido" los espacios de información destinados a ejecutar si solo se conoce el año del fallecimiento (2013, año: 9 9 9 9 2013).
- Marque con una "X" el cuadro "El defunto" o bien los espacios con "fallecido" en el caso de datos numéricos, adjuntando se descomponga la información y resuelva de igual manera los restantes cuadros.
- Para las preguntas que comienzan con "¿cuál(es)" se debe especificar en el cuadro siguiente como "fin".
- Para las demás preguntas: Toda la información debe llenarse en el cuadro correspondiente.
- Nombre: Apellido, nombre, apellido, dirección, teléfono, correo electrónico, dirección postal, localidad, municipio o alcaldía y entidad federativa. Evite anotar "doméstico conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no contiene I.F.L.U.-L.H.M.A.S. y no debe llevar certificaciones o enmiendas.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. NOMBRE DE LA (JEF) FALLECIDA DAVO. Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (jef) fallecida sea una Unidad médica revisada en Acta de Nacimiento, escribir "Sector Salud" entre括号 () el nombre del médico y susel el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de que los nietos sean la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Personas descritas".
2. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (jef) fallecida. Si reside en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio "Otros países". Típico de fallecimiento.
3. ¿SE LE RECONOCÍÓ COMO AFRODITA EXIGUANO? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (jef) fallecida sea reconocida como tal en el acta.
4. ¿SE CONSIDERA BA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (jef) fallecida sea reconocida como indígena de acuerdo a su cultura.
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (jef) fallecida hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o idioma del espacio. Para casos de menores de 5 años, preguntar al alquiler de los padres se asume como indígena o habla a que lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
6. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad completa y llena con ceros a la izquierda en caso de tener respuesta vacía. Cuando la edad cumpla una descomposición, póngase en ceros que la (jef) fallecida vivió 9999, MESES, DIAS, HORAS, etc., tiene con "fallecido" los espacios correspondientes, excepto para descomponerlos en a los cuadros de edad y en el lugar para los cumplidos [9] [9] 9999. Marque aparte "fallecido", después de apoyar todos los espacios para determinar la edad.
7. Para menores de 28 días de edad: 10.4 Años el P.R. en el Cuadro de Edad. Para menores de 14 días y más una cuarta decimal de 0.15000. Para menores de 14 días y más una cuarta decimal de 0.15000. 8 Recién nacidos: 10.4 Años las semanas de gestación y 10.3 Años el peso a nacer en gramos.
8. SITUACIÓN CONYUGAL. Si la (jef) fallecida vive en matrimonio de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del matrimonio, respecto de la unión en matrimonio, indique con el cuadro sus condiciones de hecho y de derecho. Advertir si familiar que el (jef) fallecido está viviendo sin su pareja en casa. En caso contrario seleccionar "Soltero".
9. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (jef) fallecida. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
10. ESCOLARIDAD. Esta pregunta aplica para los niveles de 1 año y más. Marque con una "X" la opción que no que el nivel máximo de estudio de la (jef) fallecida es de 1 año y en 13.1 si la escolaridad es completa a tiempo completo. En caso contrario seleccionar "Ninguna".
11. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal ejercida anterior, maestro, etc. En 14.1 marque a apor "Sí" cuando la (jef) fallecida consta con un trabajo en el hogar o en el espacio laboral de los hijos, hermanos, a estudios, jubilados, retiro, etc. No aplica para menores de 5 años.
12. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la opción que no que el servicio utilizado en el último año es el mismo. Marque "Ninguno" si ésta corresponde a la información registrada que la (jef) informante no es el usuario diligente, sea su hijo/a y se debe plenamente en todos los lugares del Certificado.
13. FIRMA DE LA (JEF) INFORMANTE. La firma de la (jef) informante es su acuerdo diligente, sea su hijo/a y se debe plenamente en todos los lugares del Certificado.
14. DIFERENCIAS EN LA FIRMA. Deja en blanco el recuadro para "Uso incorrecto del personal del funeral".
15. PARTES I Y II. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
16. PARTES I Y II. Dejar el cuadro de la parte I y la parte II en blanco si la (jef) fallecida no ha sido violada o ha sufrido violencia sexual.
17. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
18. PARTES I Y II. Dejar el cuadro de la parte I y la parte II en blanco si la (jef) fallecida no ha sido violada o ha sufrido violencia sexual.
19. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
20. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
21. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
22. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
23. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
24. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
25. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
26. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
27. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
28. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
29. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
30. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
31. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
32. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
33. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
34. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
35. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
36. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
37. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
38. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
39. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
40. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
41. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
42. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
43. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
44. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
45. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
46. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
47. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
48. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
49. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
50. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
51. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
52. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
53. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
54. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
55. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
56. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
57. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
58. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
59. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
60. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
61. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
62. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
63. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
64. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
65. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
66. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
67. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
68. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
69. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
70. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
71. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
72. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
73. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
74. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
75. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
76. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
77. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
78. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
79. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
80. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
81. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
82. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
83. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
84. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
85. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
86. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
87. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
88. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
89. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
90. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
91. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
92. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
93. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
94. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
95. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
96. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
97. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
98. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
99. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
100. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
101. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
102. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
103. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
104. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
105. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
106. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
107. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
108. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
109. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
110. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
111. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
112. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
113. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
114. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
115. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
116. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
117. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
118. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
119. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
120. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
121. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
122. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
123. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
124. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
125. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
126. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
127. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
128. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
129. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
130. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
131. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
132. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
133. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
134. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
135. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
136. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
137. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
138. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
139. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
140. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
141. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
142. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada o ha sufrido violencia sexual, marcar la parte I y la parte II.
143. MARQUE SI LA (JEF) FALLECIDA HA SIDO VICTIMA DE UN ACTO DE VIOLENCIA. Si la (jef) fallecida ha sido violada

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por una autoridad de policía local o el Instituto, el que haya elegido la última voluntad o el que haya sido dado a trascender. En lugares donde no haya mediado podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-030-SSA2-2012 en su número 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido dentro de las veinticuatro horas después de la defunción o que sea encontrado el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado se lleva consigo la misma o proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la(s) fallecida(s), sustentado por los documentos que consten. Si la defunción ocurrió en un lugar ajeno, incluso si se produjo clínicamente, tiene la misma información.
- Use el original y tres copias. Ante que a los tres títulos el original y las dos primeras copias con la indicación de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia deberá conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de identidad del fallecido/a y posteriormente la reguardarán en el expediente clínico de la(s) fallecida(s). Si el Certificado se expide fuera de una unidad médica, la(s) certificante(s) está obligado(a) a remitir la copia digital conservando en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de identidad del fallecido/a y posteriormente la reguardarán en el expediente clínico de la(s) fallecida(s).
- Escriba con letra negra o azul. Impresión clara y legible. Usar letra de molde, clara y legible o con matrícula de escritor. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie clara y limpia, presionando el escribidor para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice abrigos (0, 1, 2 ... 8).
- En los campos de fechas, se deben registrar los días, meses y años. Complete con fecha la información para los días y meses de un año, excepto para 5 de marzo de 2016 ante [0, 5, 0, 3, 2, 0, 1, 8]. Registre la hora en formato 24 horas con minutos, sin espacios de la información descomunal, ejemplo si salió se zones Horario de verano (2016), escribe [8 EBB 20 1,0].
- Marque con una "X" el apartado de "PREGUNTA" en todos los espacios con "voces" en el caso de datos numéricos. Solamente se despliega la información y después se anotarán los más propios para la atención.
- Para las preguntas que tengan "Indigena" se debe especificar en el espacio asignado para la(s) fin.
- Para los domicilios antiguos: Título o nombre de Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Colonia, Poblado, Boulevard, Nombre de la localidad, Núm. Externo (ej. 950) e interno si así lo hubiere (ej. 21, 2A, G6). Punto de apertura de suministro (ej. Corte, Procuramiento, Puerto, Elido, Rancho, Pueblo, Unidad Habitacional). Nombre del establecimiento, Código Postal, Localidad, Municipio y Entidad Federativa. Llene en la otra "firma de la certificante".
- Debe ser detallada la firma, acompañada y particularizada, nombre el Verificador del Certificado de Defunción y Municipio.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar modificaciones o enmiendas.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA(O).** Ante el nombre completo, tal como aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la fallecida sea una menor nacida recién de su fallecido, se le nombra, escribiendo su nombre y apellido, el nombre de su fallecido y el apellido de la madre. En caso de dudar los nombres de la(s) fallecida(s) se anotan los que se recuerden y menciona la opción "Personas desconocidas".
2. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la(s) fallecida(s). El nombre en el certificado, anote el nombre del país en el espacio para "Entidad de nacimiento".
3. **SE LE RECONOCE A COMO AFRODIZA EXIGANIA?** Marque con una "X" a opción "SI" en caso de que la(s) fallecida(s) se autoreconozca como afroamericana(o).
4. **SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la(s) fallecida(s) se reconozca como indígena o pertenezca a su cultura.
5. **¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" a opción "SI" en caso de que la(s) fallecida(s) habla alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o acento del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
10. **EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y tiene conciencia o la equivalencia en caso de tener capacidades reducidas. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero el menor no cumple que la(s) fallecida(s) sea menor de 4003, Marque la opción "No sé" y registre los datos correspondientes, ejemplo para desconocer en años, anota en el lugar para años cumplidos [0, 5, 0]. Marque la opción "Sí ignoro", desmarque si sabe la edad cumplida y no cumple con desconocer la edad. Para menores de 28 días de nacimiento: 10.1. Ante el Punto del Certificado de Nacimiento. Para un CENÚCILLO: los 14 recién nacidos y para un certificado Imprés los últimos 9 recién nacidos. 10.2. Ante las personas de gestación y 10.3. Ante el puerperio menor de 45 días.
11. **SITUACIÓN CONYUGAL.** Especificación de la(s) fallecida(s) de 12 años y más en relación con sus derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto a su matrimonio. Indique con el criterio las condiciones de hecho y de derecho. Advertencia: Es importante que en el Registro Civil se verifique su estado matrimonial. En caso contrario seleccione "Soltero".
12. **RESIDENCIA/HABITUAL.** Ante la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la(s) fallecida(s). Si esta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Paisaje Fronterizo" el nombre del país.
13. **ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para los lectores de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la(s) fallecida(s) y en "0.4" indique si se encuentra en escuela o institución. Un conocimiento adecuado: "Ninguna".
14. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ocupación materna, materna. En 14.1 marque la opción "SI" cuando la(s) fallecida(s) se dedicaba a la realización del trabajo o ejercicio de actividad profesional, laboral, industrial, productiva, etc. Marque la opción "NO" cuando la(s) fallecida(s) se dedicaba a la realización del trabajo o ejercicio de actividad profesional, laboral, industrial, productiva, etc. Marque la opción "Sí ignora" si no sabe la ocupación.
15. **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que asistió el fallecido/a en la(s) fallecida(s). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la(s) fallecida(s) no tienen acceso a servicios de salud.
16. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de todo el informante es de carácter obligatorio, sin excepción y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado original y las tres copias.
19. **SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especificar el lugar donde sucedió la(s) fallecida(s). Si éste coincide con una unidad médica o polivalente, anotar el nombre de la misma en 19.1 y en 19.2 a Cava Única de Establecimiento de Salud (CUES).
21. **FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, revisar las instrucciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote en formato de 24 horas de 00 a 23 y media, en minutos de 0 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 8 minutos, anota: 17:08:08.
24. **SI FUÉ DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si tuvo que ocurrir de inmediato a la(s) fallecida(s).
25. **TIPO DE DEFUNCIÓN.** No anote la respuesta. **Un certificado de defunción debe estar presentado en una atmósfera.**
26. **CAUSAJE DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la(s) causa(s) de la muerte con sentido de la muerte de fallecimiento en el certificado de defunción y la fecha de la(s) muerte. Dijo en blanco al recordar para la "Usa excepción del poseedor del fisco".

PRETÉRITO: Un informe médico o forense que constate muerte, debiendo ser emitido por personal autorizado para la realización de la necropsia o la autopsia. Se considera muerte el informe que establezca la causa de la que sigue a regular deceso de vida.

PARTE II. Cierre de la defunción. Una vez que se ha cumplido con la parte I, proceder a cerrar la defunción.

27. CIERRE DE LA DEFUNCIÓN (Anote una respuesta en cada renglón. Dicho informe se hace en el momento de la defunción y se anota en la parte I)	27.1. Reporte de la defunción y condición: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Facultativa seguida. <small>Defunción provocada por causas de orden natural o patológico.</small> <input type="checkbox"/> Defunción provocada por causas de orden social. <p>27.2. Reporte de la defunción y condición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perforación del cráneo. <small>Defunción provocada por causas de orden natural o patológico.</small> <input type="checkbox"/> Fractura. <small>Defunción provocada por causas de orden natural o patológico.</small> <input type="checkbox"/> Quemadura. <small>Defunción provocada por causas de orden natural o patológico.</small> <input type="checkbox"/> Otra. <small>Defunción provocada por causas de orden natural o patológico.</small>
27.3. Reporte de la defunción y condición:	27.3. Reporte de la defunción y condición: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perforación del cráneo. <small>Defunción provocada por causas de orden natural o patológico.</small> <input type="checkbox"/> Fractura. <small>Defunción provocada por causas de orden natural o patológico.</small> <input type="checkbox"/> Quemadura. <small>Defunción provocada por causas de orden natural o patológico.</small> <input type="checkbox"/> Otra. <small>Defunción provocada por causas de orden natural o patológico.</small>

27. **¿SE PRÁCTICO NEUROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda la(s) fallecida(s), ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
28. **1. LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL.** Para cumplimentarlas debes de responderlas. Marque en 28.1 uno de los siguientes de la 1 a la 5 y no es posible responder las siguientes 28.2 y 28.3.
29. **LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Especificar la acción correspondiente, causada o no, con el objeto de producir la defunción.
34. **RELACION DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR/A CON LA (DEL) FALLECIDA(O).** Ante la relación que tiene la(s) presunta(s) agresora(s) con la(s) fallecida(s). Si la fallecida es un presunto homicida, escribir el parentesco con la(s) fallecida(s) de la(s) presunta(s) responsable(s) ejemplos: esposo(es), pareja(es), madre, concubina. En caso de no existir parentesco anote "ninguno".
35. **DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA, O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA CAUSA EXTERNA.** Describir brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto agresor, herido(a) o suicidio, ejemplificando la causa de su muerte, si procede con un resumen el evento.
36. **DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Ante el domicilio donde ocurrió la lesión de acuerdo accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especificar el nombre de la carretera y el kilómetro del kilómetro. Basta anotar "defunción en vía pública" en su caso uso de referencias.
- 37-41. **DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** Se omite la mención de que la(s) certificante(s) es el(a) fallecido(a), en el caso de menores de edad, se omite el nombre de su adulto progenitor. La firma. La(s) certificante(s) es de considerar obligatorio, sin excepción y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado original y las tres copias.
42. **FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por lo que debe coincidir con la(s) fecha(s) de la(s) defunción.

ABRIGATURAS:
Cada certificado tiene tres abrigaturas: CP (Centro de Promoción Integral de la Salud), RIE (Registro de Información de la Defunción) y RIE (Registro de la Defunción).

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2^a COPIA

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Deben ser respondidas con una información clara, preferiblemente por el enfermo o el que lo mejor conozca la situación en la que haya ocurrido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedida por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a lo NORM-005-SG/S/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 se usará ese tipo de información proporcionada por un familiar o personal legalmente autorizado de la identidad del difunto, sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, deberá el establecimiento clínico ser quien lo obtenga y categorice la información.
- Hora en número y las apellidos, nombre y los apellidos del enfermo y la persona médica que lo informó, así como su dirección en la Institución de Salud. Registro Civil para 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 autorizarla la Seguridad Social o la Seguridad Social de la Unidad Educativa. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la tercera copia debe estar obligatoriamente remitida al 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, monótona pluma de goma, usando letra de medida, clara y legible o con máquina de escribir. No use acrósticos.
- Escriba sobre una superficie plana y limpia, preferiblemente a carboncillo para el lado doble de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice al menos 10, 12, ..., 8.
- En los campos de tiempo, el orden de registro es día, mes y año. Compruebe con ceros si lo requiere para los días y meses de un dígito, ejemplo para 5 de marzo de 2018 anote: 0, 5/0, 3/2018, 8. Repita e incluya la medida social, llenando con "Instituto" la institución de salud mencionada, excepto si se indica en el acta del nacimiento (CUENCA) anote: [Instituto] 2018.
- Marque con una "X" el cuadro de "Sí" cuando se respondan con "múltiples" uno o más de los siguientes, señalando en su descripción la información y chequeando los correspondientes cuadros para obviarlos.
- Para las preguntas con opciones que tengan un asterisco (*) se debe especificar en el espacio asignado para el fin.
- Para los datos de los padres: Tipo de relación (ej. Calle, Avenida, Carrera, Diagonal, Calzada, Paseo); Nombre de la localidad, 30 m. Exterior (ej. 300); e interno; si aplicable (ej. 21, 24, C1); "Lugar de nacimiento humano" (ej. Colonia, Fraccionamiento, Pueblo, Ejido, Rancho, Pueblo, Lugar); Ubicación; Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Ayuntamiento y Entidad federativa. Este anotar "común conocido".
- Informe del país de nacimiento de su entorno, exceptuando y para el extranjero, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Defunción, Información y Muestra Falsa.
- Este documento no contiene "PE DE ERRORES" y no debe tener modificaciones o encrespadas.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo del fallecido en el Acta de Nacimiento. Finalice que sea el nombre del fallecido seguido de su apellido materno seguido sin hora de nacimiento, escribiendo "Recién nacido" en el lugar nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los espacios para la descripción de la persona, se ponen bienes los correspondientes y anotar "Inexistente" o "Inexistente".
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecido. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Plaza de Nacimiento".
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANO? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido se auto reconozca como afroamericano.
7. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la (el) fallecida hablara alguna lengua indígena, ya sea nativa o ademas de española. Para casos de menores de 5 años pregunta si alguno de los padres se conoce como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso de menor de 5 años, "Sí" o "No".
10. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumplida y tiene con ella en el cuadro en caso de tener meses o fracciones. Cuanto lo estime cumplida esa descripción, pero si menos se conoce que la (el) fallecida y/o ANIOS, MESES, DÍAS, No tiene con "múltiples" los espacios correspondientes. Ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar "sin cumplir" (ej. 9,99). Marque la opción "Sí" después de que la (el) fallecida habla alguna lengua indígena, ya sea nativa o ademas de española. Para menores de 28 días de nacimiento: 10,1. Anote o Rellene el Relleno de Nacimiento. Para un CENUTRUS: los 14000000 y para un certificado de nacimiento: 10,1. Anote o Rellene la descripción de la fecha de nacimiento y el peso si tiene los gramos.
11. SITUACIÓN CONYUGAL. Básico de la (el) fallecida de 2 formas y más se relaciona con los derechos y obligaciones legales y el estímulo del país respectivo de la unión o matrimonio. Indique por lo tanto las condiciones de hecho y de derecho. Anotar el símbolo que en el Registro Civil sale verificado en este apartado. En caso de duda se lección el "Sí" o "No".
12. RESIDENCIA HABITUAL. Anote si la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la (el) fallecida. Si esta corresponde a un país diferente a México, anote el espacio para "Plaza de Nacimiento" en la parte.
13. ESCOLARIDAD. Edad que regresa para fallecidos de 3 años y más. Marque con una "X" la edad que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecida y en 13.1 también se le presentan las complejas o incompletas. Marque también en el cuadro "Inexistente".
14. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, siempre claramente, marcar "Sí" cuando la (el) fallecida se dedica a un trabajo o labor en un negocio familiar o corriente, independientemente de sus problemas o trabajos, a estudiar, a trabajar, a vivir, a retiro, etc. No aplica para menores de 6 años.
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la relación a la que estuvo afiliado la (el) fallecida. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) fallecida manifiesta que no tiene ni tiene ninguna relación a servicios de salud.
16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de la (el) informante es de carácter obligatorio, será autógrafa y se debe plasmar en todos los lugares del Certificado original y las tres copias.
17. SITIO DONDE SUCEDE LA DEFUNCIÓN. Escribirse el lugar donde sucede la defunción. Si ocurre en una institución médica, píldora o piso se anota el nombre de la misma en 18.1 y en 18.2 la Clave Única de Identificación de Salud (CUDIS).
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. Para el registro de la fecha, realizar las indicaciones generales. Para la hora de la documentación del hecho, anote en formato de 24 horas sección 23 y para los minutos sección 24, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 10:30 de la noche con 30 minutos anota 21/12/04.
24. ¿FU DE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí, si muere accidental o violenta, debe inmediatamente al autoridad civil.
25. TIPO DE DEFUNCIÓN. Notaria, a través de la Oficina de Registro de Defunciones, certifica la presunción de muerte.
26. CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN. Anotar las causas en cada categoría, así como el motivo en el tiempo que muere entre el momento de la defunción y la hora de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso excesivo del personal médico".

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

Nota: Se recomienda que el informante de la defunción sea la persona que mejor conoce la situación, ya sea el familiar o el personal autorizado de la institución médica.

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Doblar ser expedido por una juzgado, de preferencia por el trámite al que haya dirigido la última atención o el que hoy asista el fallecimiento. En lugares donde no haya juzgado, podrá ser expedido por otras personas autorizada por la Secretaría de Salud.
 - De acuerdo a la Norma-038-SSA2-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción deberá ser expedido antes de transcurridas las siguientes alturas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según lo aplique.
 - Para el llenado de este Certificado, así como con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la defunción, es dado a entender por los documentos que se responden a: 1. Sustitución de la autoridad médica, necesaria para la obtención directa y certificada de la información.
 - Llene con bolígrafo y tres copias, aunque a los familiares o amigos y los demás encargados con la finalización de los trámites a Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. Los herederos copia deben conservarse en la medida medida que certificó la defunción para saber si la información en su acta es de acuerdo al Acta de Defunción y posteriormente resarcirse en el expediente clínico o judicial fallecido. 3. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la señal certificante será obligatoria a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
 - Seja de color negro o azul y utilice papel de 60 gramos, letra de molde, clara y legible o con medida de escribir. No use acelerantes.
 - Escríba sobre una suselible pluma y firme atestando o certificando la legalidad de los datos, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de ser, mejor utilice arribagos (0, 2, 0, 3).
 - En el reverso del certificado, al centro del reverso en el lado de atrás. Complete con una A la espalda para indicar y mencionar de 1 a 9 la tipología para la elaboración de 20% más de 1000 (1.01.3, 2.0.1.6, 2.0.1.8). Indique incluso información para el llenado con "Nuevo" las especies de la información desconocida, ayudas a la elaboración o alto del numeral 20.10. anexo 038-SSA2-2012.
 - Máquinas con memoria (CD) incluye en sus grupos de trabajo en la impresión con "Nuevo" en el caso de datos desconocidos, adicionalmente se descomponen la información y generan de acuerdo a los recursos para ello.
 - Para los preguntas con opciones que tengan "Otro" sección debe especificar en el espacio correspondiente al fin.
 - Para los condicionales anota: Tipo de vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carrilero, Diagonal, Colonia, Poblado, Boulevard), Nombre de la localidad, Número de casa y número telefónico (ej. 21-2A-650), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Bajo Rancho, Pueblo, Línea Habitacional), Nombre del asentamiento (ej. Costa, Poblado, Municipio, Aldea y Línea federal), Lugar de nacimiento, domicilio nacido".
 - Para más información del formato de una brújula, cronogramas y permanentes consulte el Manual de Llenado de Certificados de Defunción y Muerte (2012).
 - Este documento es de uso exclusivo y tiene que ser utilizado en su totalidad.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

1. NOMBRE DE LA (EL) FALLECIDO(A). Anota el nombre completo de la persona que se falleció en sus últimas horas indicando en su díada de Nacimiento, es decir "Nació en" en el lugar de nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los espacios para la información de la persona, separamos en hasta tres espacios correspondientes a más tarde a escribir "Continuar diligencias".

2. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anota el nombre de la entidad "Jalisco" en donde nació la (el) fallecido. Si no es en el extranjero, anota el nombre del país en el espacio para la "Entidad de nacimiento".

3. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROAMERICANO? Marca con una "X" la opción "SI" en caso de que a la(fel) fallecido sea reconocido como afroamericano.

4. ¿SE CONSIDERA(B) INIDGENA? Marca con una "X" la opción "SI" en caso de que la(fel) fallecido sea reconocido como indígena de acuerdo a c. cultura.

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA IN IDGENA? Marca con una "X" la opción "SI" en caso de que la(fel) fallecido hablara alguna lengua indígena, ya sea comunidades lingüísticas o dialectos del español. Para casos de menores de 3 años, preguntar si alguno de los padres se considera como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".

6. EDAD AL FALLECIMIENTO. Marquen los años cumplidos y fraccionados en el momento de la muerte según su criterio. Consulte la tabla con plazos para descontarlos, para saber cuántos años cumplidos tiene la persona. Si no se conoce la edad al fallecimiento, se considera que los años cumplidos corresponden a los años exactos de edad. Los resultados de los cálculos se anotan en el recuadro para el cálculo de la edad en años y meses. MÉSSES. DÍAS. Tercio. Leve con mayúsculas los datos que corresponden a los cálculos para descontarlos de los años cumplidos para obtener la edad real. Marque la respuesta "No aplica" si no se conoce la edad exacta de la persona. Para menores de 28 días de nacimientos: 10.1. Anota el año. 10.2. Anota el año y el mes. 10.3. Anota el mes y los días.

7. SITUACIÓN CONYUGAL. Marquen la opción "SI" si los datos de 12 años y más se refieren a las relaciones y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, no por la locación, las convicciones de hecho y de derecho. Anotar el familiar que en el Registro Civil sea verificado o se dice o consignado. En caso contrario se escoge "Solo/o".

8. RESIDENCIA HABITUAL. Anota a dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la(fel) fallecido. Siéntase correspondiente a un país diferente a México, anota en la sección de "Título del Párrafo" el nombre del país.

9. ESCOLARIDAD. Esta pregunta sirve para establecer datos de 30 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la(fel) fallecida y en "13" indique si es completa o incompleta. En caso contrario se escoge "Ninguna".

10. OCUPACIÓN HABITUAL. En la categoría principal, señale el oficio, profesión, actividad en que se ocupó. En "14.1" marque la opción "SI" cuando la(fel) fallecida sea trabajadora o trabajante en un negocio familiar o para su cuenta. Independientemente de que sea posible o no lo ingreso. Marque "No" cuando la(fel) fallecida se dedica a quejearse del hogar o cuidados de las personas a ella, aun trabajando, renta casa, etc. No aplica para menores de 6 años.

11. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la(s) institución o la(s) entidad a la cual estuvo afiliado(a) la(fel) fallecida. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la(fel) fallecida no tenía afiliación a servicios de salud.

12. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de (el) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado original y las tres copias.

13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN. Describa el lugar donde sucedió la defunción. Si este suceso no es un caso del médico pidiendo la presencia médica de la persona en 19.1 y 19.2 el Clave. Junta de Estadística e Información de Salud (JUEIS).

14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. Para diligenciar el formato, redondear los indicadores generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote en formato de 24 horas de 00:00 a 23:59 los minutos de 00 a 59. Sección "Si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 5 minutos, anote 17:05:00".

15. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si la muerte fue accidental o violenta, citarla inmediatamente a la autoridad civil.

16. TIPO DE DEFUNCIÓN. Anota la respuesta a la opción seleccionada, cerca una presunción, no "No aplica".

17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. Anota una sola causa no cada respuesta, sin emitir el planteamiento de causa y la hora de la muerte. Para las defunciones violentas, anotar la causa de muerte.

PROBLEMS. 1. A rectangular box has a volume of 100 cubic feet. If the width of the base is 5 feet, find the height of the box. 2. A rectangular box has a volume of 100 cubic feet. If the width of the base is 5 feet, and the height is 4 feet, find the length of the box.

EST. CLAVE DE LA DIFUSIÓN (Anota en cada cuadro una cifra entre 0 y 100, siempre para cada uno, etc.)		Importe que se paga por la publicación de la información en el periódico o revista más leída.
PARTE I Reporta lo que se considera más importante en las difusiones de los medios de comunicación masiva:	a) Periodicidad aquella Dato(s) si tiene periodicidad: b) Periodicidad del dominio Dato(s) si tiene periodicidad: c) Otros tipos periodicos Dato(s) si tiene periodicidad: d)	0 días
Reporta la orden de difusión en los periódicos de los medios de comunicación masiva: a) Diarios. Anota la en orden alfabético en la columna: Número de orden.		4 días
		3 días
		2 días
		Días de SIC

27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentes o violencia).
SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS, CORRIGE EN MILÉSIMAS DESESPESAS. Marque en 28.1 una de las siguientes de la lista 5 y no marque las precedentes 202 y 203.

32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA). Especifique lo que oportuno correspondiente, sobresaliente o no, al lado de acuerdo con la indicación.

34. RELACION DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR(MA) CON LA (EL) FALLECIDO(A). Anote la relación que existe entre el (la) presunto agresor(es) y el (la) fallecido(a). Si se destinaron un o varios homicidios, especifique el parentesco con la(s) persona(s) que el (la) presunto agresor(es), cuando se supone, pudiera, madre o padre de familia, hermano, hermana, etc.

35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODIDIÓ LA CAUSA EXTERNA. Trace los hechos sucedidos en la situación o circunstancia en que se produjo la causa de muerte, resaltando los hechos principales, aparte de los demás que no estén directamente relacionados con la causa de muerte.

36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA). Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto fallecido. Incluya dirección, número de calle, dirección y número de casa o número de bloques. Dado que algunas viviendas tienen más de un número de casa o dirección, anote todos los números de casa o dirección que existan.

37-41. DATOS DE LA (DE) CERTIFICANTE. No escribe ningún dato que sea su identidad. De este caso se use un otro medio de presentar el que sea útil. Estos datos se registran en el apartado "Personas autorizadas por la Oficina de Salud". Puede ser el nombre de cada certificador o anotar el nombre de la oficina o entidad que realizó la certificación. La firma de la O.S.C. certificante es de suyo obligatoria y se debe observar en los espacios que se designan en las hojas del Certificado de Defunción, en las tres copias.

42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado de Defunción, por un menor de edad sin identificación.

John G. Gribble
CEN, University of Alberta, 4-116 University Hall, Edmonton, Alberta T6G 2G2, Canada; E-mail: jgribble@ualberta.ca

VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

VIGOR: 2020
FOLIO:
999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. DEDO	2. AÑO DE GESTACIÓN	3. PESO	4. GÉNERO FEMINIZADO	5. EPOCA DE PRECOCIDAD	6. ESTACION FETAL	7. Tamaño del producto
Individuo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/>	2020 <input type="checkbox"/> 2021 <input type="checkbox"/>	Gramos <input type="checkbox"/> Kilogramos <input type="checkbox"/>	Hembra <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Precoz <input type="checkbox"/> Retrasada <input type="checkbox"/>	Utero <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/>	Utero <input type="checkbox"/> Utero + Vagina <input type="checkbox"/>
6. SITIO DEL parto <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> C6 <input type="checkbox"/> C7 <input type="checkbox"/> C8 <input type="checkbox"/> C9 <input type="checkbox"/> C10 <input type="checkbox"/> C11 <input type="checkbox"/> C12 <input type="checkbox"/> C13 <input type="checkbox"/> C14 <input type="checkbox"/> C15 <input type="checkbox"/> C16 <input type="checkbox"/> C17 <input type="checkbox"/> C18 <input type="checkbox"/> C19 <input type="checkbox"/> C20 <input type="checkbox"/> C21 <input type="checkbox"/> C22 <input type="checkbox"/> C23 <input type="checkbox"/> C24 <input type="checkbox"/> C25 <input type="checkbox"/> C26 <input type="checkbox"/> C27 <input type="checkbox"/> C28 <input type="checkbox"/> C29 <input type="checkbox"/> C30 <input type="checkbox"/> C31 <input type="checkbox"/> C32 <input type="checkbox"/> C33 <input type="checkbox"/> C34 <input type="checkbox"/> C35 <input type="checkbox"/> C36 <input type="checkbox"/> C37 <input type="checkbox"/> C38 <input type="checkbox"/> C39 <input type="checkbox"/> C40 <input type="checkbox"/> C41 <input type="checkbox"/> C42 <input type="checkbox"/> C43 <input type="checkbox"/> C44 <input type="checkbox"/> C45 <input type="checkbox"/> C46 <input type="checkbox"/> C47 <input type="checkbox"/> C48 <input type="checkbox"/> C49 <input type="checkbox"/> C50 <input type="checkbox"/> C51 <input type="checkbox"/> C52 <input type="checkbox"/> C53 <input type="checkbox"/> C54 <input type="checkbox"/> C55 <input type="checkbox"/> C56 <input type="checkbox"/> C57 <input type="checkbox"/> C58 <input type="checkbox"/> C59 <input type="checkbox"/> C60 <input type="checkbox"/> C61 <input type="checkbox"/> C62 <input type="checkbox"/> C63 <input type="checkbox"/> C64 <input type="checkbox"/> C65 <input type="checkbox"/> C66 <input type="checkbox"/> C67 <input type="checkbox"/> C68 <input type="checkbox"/> C69 <input type="checkbox"/> C70 <input type="checkbox"/> C71 <input type="checkbox"/> C72 <input type="checkbox"/> C73 <input type="checkbox"/> C74 <input type="checkbox"/> C75 <input type="checkbox"/> C76 <input type="checkbox"/> C77 <input type="checkbox"/> C78 <input type="checkbox"/> C79 <input type="checkbox"/> C80 <input type="checkbox"/> C81 <input type="checkbox"/> C82 <input type="checkbox"/> C83 <input type="checkbox"/> C84 <input type="checkbox"/> C85 <input type="checkbox"/> C86 <input type="checkbox"/> C87 <input type="checkbox"/> C88 <input type="checkbox"/> C89 <input type="checkbox"/> C90 <input type="checkbox"/> C91 <input type="checkbox"/> C92 <input type="checkbox"/> C93 <input type="checkbox"/> C94 <input type="checkbox"/> C95 <input type="checkbox"/> C96 <input type="checkbox"/> C97 <input type="checkbox"/> C98 <input type="checkbox"/> C99 <input type="checkbox"/> C100 <input type="checkbox"/> C101 <input type="checkbox"/> C102 <input type="checkbox"/> C103 <input type="checkbox"/> C104 <input type="checkbox"/> C105 <input type="checkbox"/> C106 <input type="checkbox"/> C107 <input type="checkbox"/> C108 <input type="checkbox"/> C109 <input type="checkbox"/> C110 <input type="checkbox"/> C111 <input type="checkbox"/> C112 <input type="checkbox"/> C113 <input type="checkbox"/> C114 <input type="checkbox"/> C115 <input type="checkbox"/> C116 <input type="checkbox"/> C117 <input type="checkbox"/> C118 <input type="checkbox"/> C119 <input type="checkbox"/> C120 <input type="checkbox"/> C121 <input type="checkbox"/> C122 <input type="checkbox"/> C123 <input type="checkbox"/> C124 <input type="checkbox"/> C125 <input type="checkbox"/> C126 <input type="checkbox"/> C127 <input type="checkbox"/> C128 <input type="checkbox"/> C129 <input type="checkbox"/> C130 <input type="checkbox"/> C131 <input type="checkbox"/> C132 <input type="checkbox"/> C133 <input type="checkbox"/> C134 <input type="checkbox"/> C135 <input type="checkbox"/> C136 <input type="checkbox"/> C137 <input type="checkbox"/> C138 <input type="checkbox"/> C139 <input type="checkbox"/> C140 <input type="checkbox"/> C141 <input type="checkbox"/> C142 <input type="checkbox"/> C143 <input type="checkbox"/> C144 <input type="checkbox"/> C145 <input type="checkbox"/> C146 <input type="checkbox"/> C147 <input type="checkbox"/> C148 <input type="checkbox"/> C149 <input type="checkbox"/> C150 <input type="checkbox"/> C151 <input type="checkbox"/> C152 <input type="checkbox"/> C153 <input type="checkbox"/> C154 <input type="checkbox"/> C155 <input type="checkbox"/> C156 <input type="checkbox"/> C157 <input type="checkbox"/> C158 <input type="checkbox"/> C159 <input type="checkbox"/> C160 <input type="checkbox"/> C161 <input type="checkbox"/> C162 <input type="checkbox"/> C163 <input type="checkbox"/> C164 <input type="checkbox"/> C165 <input type="checkbox"/> C166 <input type="checkbox"/> C167 <input type="checkbox"/> C168 <input type="checkbox"/> C169 <input type="checkbox"/> C170 <input type="checkbox"/> C171 <input type="checkbox"/> C172 <input type="checkbox"/> C173 <input type="checkbox"/> C174 <input type="checkbox"/> C175 <input type="checkbox"/> C176 <input type="checkbox"/> C177 <input type="checkbox"/> C178 <input type="checkbox"/> C179 <input type="checkbox"/> C180 <input type="checkbox"/> C181 <input type="checkbox"/> C182 <input type="checkbox"/> C183 <input type="checkbox"/> C184 <input type="checkbox"/> C185 <input type="checkbox"/> C186 <input type="checkbox"/> C187 <input type="checkbox"/> C188 <input type="checkbox"/> C189 <input type="checkbox"/> C190 <input type="checkbox"/> C191 <input type="checkbox"/> C192 <input type="checkbox"/> C193 <input type="checkbox"/> C194 <input type="checkbox"/> C195 <input type="checkbox"/> C196 <input type="checkbox"/> C197 <input type="checkbox"/> C198 <input type="checkbox"/> C199 <input type="checkbox"/> C200 <input type="checkbox"/> C201 <input type="checkbox"/> C202 <input type="checkbox"/> C203 <input type="checkbox"/> C204 <input type="checkbox"/> C205 <input type="checkbox"/> C206 <input type="checkbox"/> C207 <input type="checkbox"/> C208 <input type="checkbox"/> C209 <input type="checkbox"/> C210 <input type="checkbox"/> C211 <input type="checkbox"/> C212 <input type="checkbox"/> C213 <input type="checkbox"/> C214 <input type="checkbox"/> C215 <input type="checkbox"/> C216 <input type="checkbox"/> C217 <input type="checkbox"/> C218 <input type="checkbox"/> C219 <input type="checkbox"/> C220 <input type="checkbox"/> C221 <input type="checkbox"/> C222 <input type="checkbox"/> C223 <input type="checkbox"/> C224 <input type="checkbox"/> C225 <input type="checkbox"/> C226 <input type="checkbox"/> C227 <input type="checkbox"/> C228 <input type="checkbox"/> C229 <input type="checkbox"/> C230 <input type="checkbox"/> C231 <input type="checkbox"/> C232 <input type="checkbox"/> C233 <input type="checkbox"/> C234 <input type="checkbox"/> C235 <input type="checkbox"/> C236 <input type="checkbox"/> C237 <input type="checkbox"/> C238 <input type="checkbox"/> C239 <input type="checkbox"/> C240 <input type="checkbox"/> C241 <input type="checkbox"/> C242 <input type="checkbox"/> C243 <input type="checkbox"/> C244 <input type="checkbox"/> C245 <input type="checkbox"/> C246 <input type="checkbox"/> C247 <input type="checkbox"/> C248 <input type="checkbox"/> C249 <input type="checkbox"/> C250 <input type="checkbox"/> C251 <input type="checkbox"/> C252 <input type="checkbox"/> C253 <input type="checkbox"/> C254 <input type="checkbox"/> C255 <input type="checkbox"/> C256 <input type="checkbox"/> C257 <input type="checkbox"/> C258 <input type="checkbox"/> C259 <input type="checkbox"/> C260 <input type="checkbox"/> C261 <input type="checkbox"/> C262 <input type="checkbox"/> C263 <input type="checkbox"/> C264 <input type="checkbox"/> C265 <input type="checkbox"/> C266 <input type="checkbox"/> C267 <input type="checkbox"/> C268 <input type="checkbox"/> C269 <input type="checkbox"/> C270 <input type="checkbox"/> C271 <input type="checkbox"/> C272 <input type="checkbox"/> C273 <input type="checkbox"/> C274 <input type="checkbox"/> C275 <input type="checkbox"/> C276 <input type="checkbox"/> C277 <input type="checkbox"/> C278 <input type="checkbox"/> C279 <input type="checkbox"/> C280 <input type="checkbox"/> C281 <input type="checkbox"/> C282 <input type="checkbox"/> C283 <input type="checkbox"/> C284 <input type="checkbox"/> C285 <input type="checkbox"/> C286 <input type="checkbox"/> C287 <input type="checkbox"/> C288 <input type="checkbox"/> C289 <input type="checkbox"/> C290 <input type="checkbox"/> C291 <input type="checkbox"/> C292 <input type="checkbox"/> C293 <input type="checkbox"/> C294 <input type="checkbox"/> C295 <input type="checkbox"/> C296 <input type="checkbox"/> C297 <input type="checkbox"/> C298 <input type="checkbox"/> C299 <input type="checkbox"/> C300 <input type="checkbox"/> C301 <input type="checkbox"/> C302 <input type="checkbox"/> C303 <input type="checkbox"/> C304 <input type="checkbox"/> C305 <input type="checkbox"/> C306 <input type="checkbox"/> C307 <input type="checkbox"/> C308 <input type="checkbox"/> C309 <input type="checkbox"/> C310 <input type="checkbox"/> C311 <input type="checkbox"/> C312 <input type="checkbox"/> C313 <input type="checkbox"/> C314 <input type="checkbox"/> C315 <input type="checkbox"/> C316 <input type="checkbox"/> C317 <input type="checkbox"/> C318 <input type="checkbox"/> C319 <input type="checkbox"/> C320 <input type="checkbox"/> C321 <input type="checkbox"/> C322 <input type="checkbox"/> C323 <input type="checkbox"/> C324 <input type="checkbox"/> C325 <input type="checkbox"/> C326 <input type="checkbox"/> C327 <input type="checkbox"/> C328 <input type="checkbox"/> C329 <input type="checkbox"/> C330 <input type="checkbox"/> C331 <input type="checkbox"/> C332 <input type="checkbox"/> C333 <input type="checkbox"/> C334 <input type="checkbox"/> C335 <input type="checkbox"/> C336 <input type="checkbox"/> C337 <input type="checkbox"/> C338 <input type="checkbox"/> C339 <input type="checkbox"/> C340 <input type="checkbox"/> C341 <input type="checkbox"/> C342 <input type="checkbox"/> C343 <input type="checkbox"/> C344 <input type="checkbox"/> C345 <input type="checkbox"/> C346 <input type="checkbox"/> C347 <input type="checkbox"/> C348 <input type="checkbox"/> C349 <input type="checkbox"/> C350 <input type="checkbox"/> C351 <input type="checkbox"/> C352 <input type="checkbox"/> C353 <input type="checkbox"/> C354 <input type="checkbox"/> C355 <input type="checkbox"/> C356 <input type="checkbox"/> C357 <input type="checkbox"/> C358 <input type="checkbox"/> C359 <input type="checkbox"/> C360 <input type="checkbox"/> C361 <input type="checkbox"/> C362 <input type="checkbox"/> C363 <input type="checkbox"/> C364 <input type="checkbox"/> C365 <input type="checkbox"/> C366 <input type="checkbox"/> C367 <input type="checkbox"/> C368 <input type="checkbox"/> C369 <input type="checkbox"/> C370 <input type="checkbox"/> C371 <input type="checkbox"/> C372 <input type="checkbox"/> C373 <input type="checkbox"/> C374 <input type="checkbox"/> C375 <input type="checkbox"/> C376 <input type="checkbox"/> C377 <input type="checkbox"/> C378 <input type="checkbox"/> C379 <input type="checkbox"/> C380 <input type="checkbox"/> C381 <input type="checkbox"/> C382 <input type="checkbox"/> C383 <input type="checkbox"/> C384 <input type="checkbox"/> C385 <input type="checkbox"/> C386 <input type="checkbox"/> C387 <input type="checkbox"/> C388 <input type="checkbox"/> C389 <input type="checkbox"/> C390 <input type="checkbox"/> C391 <input type="checkbox"/> C392 <input type="checkbox"/> C393 <input type="checkbox"/> C394 <input type="checkbox"/> C395 <input type="checkbox"/> C396 <input type="checkbox"/> C397 <input type="checkbox"/> C398 <input type="checkbox"/> C399 <input type="checkbox"/> C400 <input type="checkbox"/> C401 <input type="checkbox"/> C402 <input type="checkbox"/> C403 <input type="checkbox"/> C404 <input type="checkbox"/> C405 <input type="checkbox"/> C406 <input type="checkbox"/> C407 <input type="checkbox"/> C408 <input type="checkbox"/> C409 <input type="checkbox"/> C410 <input type="checkbox"/> C411 <input type="checkbox"/> C412 <input type="checkbox"/> C413 <input type="checkbox"/> C414 <input type="checkbox"/> C415 <input type="checkbox"/> C416 <input type="checkbox"/> C417 <input type="checkbox"/> C418 <input type="checkbox"/> C419 <input type="checkbox"/> C420 <input type="checkbox"/> C421 <input type="checkbox"/> C422 <input type="checkbox"/> C423 <input type="checkbox"/> C424 <input type="checkbox"/> C425 <input type="checkbox"/> C426 <input type="checkbox"/> C427 <input type="checkbox"/> C428 <input type="checkbox"/> C429 <input type="checkbox"/> C430 <input type="checkbox"/> C431 <input type="checkbox"/> C432 <input type="checkbox"/> C433 <input type="checkbox"/> C434 <input type="checkbox"/> C435 <input type="checkbox"/> C436 <input type="checkbox"/> C437 <input type="checkbox"/> C438 <input type="checkbox"/> C439 <input type="checkbox"/> C440 <input type="checkbox"/> C441 <input type="checkbox"/> C442 <input type="checkbox"/> C443 <input type="checkbox"/> C444 <input type="checkbox"/> C445 <input type="checkbox"/> C446 <input type="checkbox"/> C447 <input type="checkbox"/> C448 <input type="checkbox"/> C449 <input type="checkbox"/> C450 <input type="checkbox"/> C451 <input type="checkbox"/> C452 <input type="checkbox"/> C453 <input type="checkbox"/> C454 <input type="checkbox"/> C455 <input type="checkbox"/> C456 <input type="checkbox"/> C457 <input type="checkbox"/> C458 <input type="checkbox"/> C459 <input type="checkbox"/> C460 <input type="checkbox"/> C461 <input type="checkbox"/> C462 <input type="checkbox"/> C463 <input type="checkbox"/> C464 <input type="checkbox"/> C465 <input type="checkbox"/> C466 <input type="checkbox"/> C467 <input type="checkbox"/> C468 <input type="checkbox"/> C469 <input type="checkbox"/> C470 <input type="checkbox"/> C471 <input type="checkbox"/> C472 <input type="checkbox"/> C473 <input type="checkbox"/> C474 <input type="checkbox"/> C475 <input type="checkbox"/> C476 <input type="checkbox"/> C477 <input type="checkbox"/> C478 <input type="checkbox"/> C479 <input type="checkbox"/> C480 <input type="checkbox"/> C481 <input type="checkbox"/> C482 <input type="checkbox"/> C483 <input type="checkbox"/> C484 <input type="checkbox"/> C485 <input type="checkbox"/> C486 <input type="checkbox"/> C487 <input type="checkbox"/> C488 <input type="checkbox"/> C489 <input type="checkbox"/> C490 <input type="checkbox"/> C491 <input type="checkbox"/> C492 <input type="checkbox"/> C493 <input type="checkbox"/> C494 <input type="checkbox"/> C495 <input type="checkbox"/> C496 <input type="checkbox"/> C497 <input type="checkbox"/> C498 <input type="checkbox"/> C499 <input type="checkbox"/> C500 <input type="checkbox"/> C501 <input type="checkbox"/> C502 <input type="checkbox"/> C503 <input type="checkbox"/> C504 <input type="checkbox"/> C505 <input type="checkbox"/> C506 <input type="checkbox"/> C507 <input type="checkbox"/> C508 <input type="checkbox"/> C509 <input type="checkbox"/> C510 <input type="checkbox"/> C511 <input type="checkbox"/> C512 <input type="checkbox"/> C513 <input type="checkbox"/> C514 <input type="checkbox"/> C515 <input type="checkbox"/> C516 <input type="checkbox"/> C517 <input type="checkbox"/> C518 <input type="checkbox"/> C519 <input type="checkbox"/> C520 <input type="checkbox"/> C521 <input type="checkbox"/> C522 <input type="checkbox"/> C523 <input type="checkbox"/> C524 <input type="checkbox"/> C525 <input type="checkbox"/> C526 <input type="checkbox"/> C527 <input type="checkbox"/> C528 <input type="checkbox"/> C529 <input type="checkbox"/> C530 <input type="checkbox"/> C531 <input type="checkbox"/> C532 <input type="checkbox"/> C533 <input type="checkbox"/> C534 <input type="checkbox"/> C535 <input type="checkbox"/> C536 <input type="checkbox"/> C537 <input type="checkbox"/> C538 <input type="checkbox"/> C539 <input type="checkbox"/> C540 <input type="checkbox"/> C541 <input type="checkbox"/> C542 <input type="checkbox"/> C543 <input type="checkbox"/> C544 <input type="checkbox"/> C545 <input type="checkbox"/> C546 <input type="checkbox"/> C547 <input type="checkbox"/> C548 <input type="checkbox"/> C549 <input type="checkbox"/> C550 <input type="checkbox"/> C551 <input type="checkbox"/> C552 <input type="checkbox"/> C553 <input type="checkbox"/> C554 <input type="checkbox"/> C555 <input type="checkbox"/> C556 <input type="checkbox"/> C557 <input type="checkbox"/> C558 <input type="checkbox"/> C559 <input type="checkbox"/> C560 <input type="checkbox"/> C561 <input type="checkbox"/> C562 <input type="checkbox"/> C563 <input type="checkbox"/> C564 <input type="checkbox"/> C565 <input type="checkbox"/> C566 <input type="checkbox"/> C567 <input type="checkbox"/> C568 <input type="checkbox"/> C569 <input type="checkbox"/> C570 <input type="checkbox"/> C571 <input type="checkbox"/> C572 <input type="checkbox"/> C573 <input type="checkbox"/> C574 <input type="checkbox"/> C575 <input type="checkbox"/> C576 <input type="checkbox"/> C577 <input type="checkbox"/> C578 <input type="checkbox"/> C579 <input type="checkbox"/> C580 <input type="checkbox"/> C581 <input type="checkbox"/> C582 <input type="checkbox"/> C583 <input type="checkbox"/> C584 <input type="checkbox"/> C585 <input type="checkbox"/> C586 <input type="checkbox"/> C587 <input type="checkbox"/> C588 <input type="checkbox"/> C589 <input type="checkbox"/> C590 <input type="checkbox"/> C591 <input type="checkbox"/> C592 <input type="checkbox"/> C593 <input type="checkbox"/> C594 <input type="checkbox"/> C595 <input type="checkbox"/> C596 <input type="checkbox"/> C597 <input type="checkbox"/> C598 <input type="checkbox"/> C599 <input type="checkbox"/> C600 <input type="checkbox"/> C601 <input type="checkbox"/> C602 <input type="checkbox"/> C603 <input type="checkbox"/> C604 <input type="checkbox"/> C605 <input type="checkbox"/> C606 <input type="checkbox"/> C607 <input type="checkbox"/> C608 <input type="checkbox"/> C609 <input type="checkbox"/> C610 <input type="checkbox"/> C611 <input type="checkbox"/> C612 <input type="checkbox"/> C613 <input type="checkbox"/> C614 <input type="checkbox"/> C615 <input type="checkbox"/> C616 <input type="checkbox"/> C617 <input type="checkbox"/> C618 <input type="checkbox"/> C619 <input type="checkbox"/> C620 <input type="checkbox"/> C621 <input type="checkbox"/> C622 <input type="checkbox"/> C623 <input type="checkbox"/> C624 <input type="checkbox"/> C625 <input type="checkbox"/> C626 <input type="checkbox"/> C627 <input type="checkbox"/> C628 <input type="checkbox"/> C629 <input type="checkbox"/> C630 <input type="checkbox"/> C631 <input type="checkbox"/> C632 <input type="checkbox"/> C633 <input type="checkbox"/> C634 <input type="checkbox"/> C635 <input type="checkbox"/> C636 <input type="checkbox"/> C637 <input type="checkbox"/> C638 <input type="checkbox"/> C639 <input type="checkbox"/> C640 <input type="checkbox"/> C641 <input type="checkbox"/> C642 <input type="checkbox"/> C643 <input type="checkbox"/> C644 <input type="checkbox"/> C645 <input type="checkbox"/> C646 <input type="checkbox"/> C647 <input type="checkbox"/> C648 <input type="checkbox"/> C649 <input type="checkbox"/> C650 <input type="checkbox"/> C651 <input type="checkbox"/> C652 <input type="checkbox"/> C653 <input type="checkbox"/> C654 <input type="checkbox"/> C655 <input type="checkbox"/> C656 <input type="checkbox"/> C657 <input type="checkbox"/> C658 <input type="checkbox"/> C659 <input type="checkbox"/> C660 <input type="checkbox"/> C661 <input type="checkbox"/> C662 <input type="checkbox"/> C663 <input type="checkbox"/> C664 <input type="checkbox"/> C665 <input type="checkbox"/> C666 <input type="checkbox"/> C667 <input type="checkbox"/> C668 <input type="checkbox"/> C669 <input type="checkbox"/> C670 <input type="checkbox"/> C671 <input type="checkbox"/> C672 <input type="checkbox"/> C673 <input type="checkbox"/> C674 <input type="checkbox"/> C675 <input type="checkbox"/> C676 <input type="checkbox"/> C677 <input type="checkbox"/> C678 <input type="checkbox"/> C679 <input type="checkbox"/> C680 <input type="checkbox"/> C681 <input type="checkbox"/> C682 <input type="checkbox"/> C683 <input type="checkbox"/> C684 <input type="checkbox"/> C685 <input type="checkbox"/> C686 <input type="checkbox"/> C687 <input type="checkbox"/> C688 <input type="checkbox"/> C689 <input type="checkbox"/> C690 <input type="checkbox"/> C691 <input type="checkbox"/> C692 <input type="checkbox"/> C693 <input type="checkbox"/> C694 <input type="checkbox"/> C695 <input type="checkbox"/> C696 <input type="checkbox"/> C697 <input type="checkbox"/> C698 <input type="checkbox"/> C699 <input type="checkbox"/> C700 <input type="checkbox"/> C701 <input type="checkbox"/> C702 <input type="checkbox"/> C703 <input type="checkbox"/> C704 <input type="checkbox"/> C705 <input type="checkbox"/> C706 <input type="checkbox"/> C707 <input type="checkbox"/> C708 <input type="checkbox"/> C709 <input type="checkbox"/> C710 <input type="checkbox"/> C711 <input type="checkbox"/> C712 <input type="checkbox"/> C713 <input type="checkbox"/> C714 <input type="checkbox"/> C715 <input type="checkbox"/> C716 <input type="checkbox"/> C717 <input type="checkbox"/> C718 <input type="checkbox"/> C719 <input type="checkbox"/> C720 <input type="checkbox"/> C721 <input type="checkbox"/> C722 <input type="checkbox"/> C723 <input type="checkbox"/> C724 <input type="checkbox"/> C725 <input type="checkbox"/> C726 <input type="checkbox"/> C727 <input type="checkbox"/> C728 <input type="checkbox"/> C729 <input type="checkbox"/> C730 <input type="checkbox"/> C731 <input type="checkbox"/> C732 <input type="checkbox"/> C733 <input type="checkbox"/> C734 <input type="checkbox"/> C735 <input type="checkbox"/> C736 <input type="checkbox"/> C737 <input type="checkbox"/> C738 <input type="checkbox"/> C739 <input type="checkbox"/> C740 <input type="checkbox"/> C741 <input type="checkbox"/> C742 <input type="checkbox"/> C743 <input type="checkbox"/> C744 <input type="checkbox"/> C745 <input type="checkbox"/> C746 <input type="checkbox"/> C747 <input type="checkbox"/> C748 <input type="checkbox"/> C749 <input type="checkbox"/> C750 <input type="checkbox"/> C751 <input type="checkbox"/> C752 <input type="checkbox"/> C753 <input type="checkbox"/> C754 <input type="checkbox"/> C755 <input type="checkbox"/> C756 <input type="checkbox"/> C757 <input type="checkbox"/> C758 <input type="checkbox"/> C759 <input type="checkbox"/> C760 <input type="checkbox"/> C761 <input type="checkbox"/> C762 <input type="checkbox"/> C763 <input type="checkbox"/> C764 <input type="checkbox"/> C765 <input type="checkbox"/> C766 <input type="checkbox"/> C767 <input type="checkbox"/> C768 <input type="checkbox"/> C769 <input type="checkbox"/> C770 <input type="checkbox"/> C771 <input type="checkbox"/> C772 <input type="checkbox"/> C773 <input type="checkbox"/> C774 <input type="checkbox"/> C775 <input type="checkbox"/> C776 <input type="checkbox"/> C777 <input type="checkbox"/> C778 <input type="checkbox"/> C779 <input type="checkbox"/> C780 <input type="checkbox"/> C781 <input type="checkbox"/> C782 <input type="checkbox"/> C783 <input type="checkbox"/> C784 <input type="checkbox"/> C785 <input type="checkbox"/> C786 <input type="checkbox"/> C787 <input type="checkbox"/> C788 <input type="checkbox"/> C789 <input type="checkbox"/> C790 <input type="checkbox"/> C791 <input type="checkbox"/> C792 <input type="checkbox"/> C793 <input type="checkbox"/> C794 <input type="checkbox"/> C795 <input type="checkbox"/> C796 <input type="checkbox"/> C797 <input type="checkbox"/> C798 <input type="checkbox"/> C799 <input type="checkbox"/> C800 <input type="checkbox"/> C801 <input type="checkbox"/> C802 <input type="checkbox"/> C803 <input type="checkbox"/> C804 <input type="checkbox"/> C805 <input type="checkbox"/> C806 <input type="checkbox"/> C807 <input type="checkbox"/> C808 <input type="checkbox"/> C809 <input type="checkbox"/> C810 <input type="checkbox"/> C811 <input type="checkbox"/> C812 <input type="checkbox"/> C813 <input type="checkbox"/> C814 <input type="checkbox"/> C815 <input type="checkbox"/> C816 <input type="checkbox"/> C817 <input type="checkbox"/> C818 <input type="checkbox"/> C819 <input type="checkbox"/> C820 <input type="checkbox"/> C821 <input type="checkbox"/> C822 <input type="checkbox"/> C823 <input type="checkbox"/> C824 <input type="checkbox"/> C825 <input type="checkbox"/> C826 <input type="checkbox"/> C827 <input type="checkbox"/> C828 <input type="checkbox"/> C829 <input type="checkbox"/> C830 <input type="checkbox"/> C831 <input type="checkbox"/> C832 <input type="checkbox"/> C833 <input type="checkbox"/> C834 <input type="checkbox"/> C835 <input type="checkbox"/> C836 <input type="checkbox"/> C837 <input type="checkbox"/> C838 <input type="checkbox"/> C839 <input type="checkbox"/> C840 <input type="checkbox"/> C841 <input type="checkbox"/> C842 <input type="checkbox"/> C843 <input type="checkbox"/> C844 <input type="checkbox"/> C845 <input type="checkbox"/> C846 <input type="checkbox"/> C847 <input type="checkbox"/> C848 <input type="checkbox"/> C849 <input type="checkbox"/> C850 <input type="checkbox"/> C851 <input type="checkbox"/> C852 <input type="checkbox"/> C853 <input type="checkbox"/> C854 <input type="checkbox"/> C855 <input type="checkbox"/> C856 <input type="checkbox"/> C857 <input type="checkbox"/> C858 <input type="checkbox"/> C859 <input type="checkbox"/> C860 <input type="checkbox"/> C861 <input type="checkbox"/> C862 <input type="checkbox"/> C863 <input type="checkbox"/> C864 <input type="checkbox"/> C865 <input type="checkbox"/> C866 <input type="checkbox"/> C867 <input type="checkbox"/> C868 <input type="checkbox"/> C869 <input type="checkbox"/> C870 <input type="checkbox"/> C871 <input type="checkbox"/> C872 <input type="checkbox"/> C873 <input type="checkbox"/> C874 <input type="checkbox"/> C875 <input type="checkbox"/> C876 <input type="checkbox"/> C877 <input type="checkbox"/> C878 <input type="checkbox"/> C879 <input type="checkbox"/> C880 <input type="checkbox"/> C881 <input type="checkbox"/> C882 <input type="checkbox"/> C883 <input type="checkbox"/> C884 <input type="checkbox"/> C885 <input type="checkbox"/> C886 <input type="checkbox"/> C887 <input type="checkbox"/> C888 <input type="checkbox"/> C889 <input type="checkbox"/> C890 <input type="checkbox"/> C891 <input type="checkbox"/> C892 <input type="checkbox"/> C893 <input type="checkbox"/> C894 <input type="checkbox"/> C895 <input type="checkbox"/> C896 <input type="checkbox"/> C897 <input type="checkbox"/> C898 <input type="checkbox"/> C899 <input type="checkbox"/> C900 <input type="checkbox"/> C901 <input type="checkbox"/> C902 <input type="checkbox"/> C903 <input type="checkbox"/> C904 <input type="checkbox"/> C905 <input type="checkbox"/> C906 <input type="checkbox"/> C907 <input type="checkbox"/> C908 <input type="checkbox"/> C909 <input type="checkbox"/> C910 <input type="checkbox"/> C911 <input type="checkbox"/> C912 <input type="checkbox"/> C913 <input type="checkbox"/> C914 <input type="checkbox"/> C915 <input type="checkbox"/> C916 <input type="checkbox"/> C917 <input type="checkbox"/> C918 <input type="checkbox"/> C919 <input type="checkbox"/> C920 <input type="checkbox"/> C921 <input type="checkbox"/> C922 <input type="checkbox"/> C923 <input type="checkbox"/> C924 <input type="checkbox"/> C925 <input type="checkbox"/> C926 <input type="checkbox"/> C927 <input type="checkbox"/> C928 <input type="checkbox"/> C929 <input type="checkbox"/> C930 <input type="checkbox"/> C931 <input type="checkbox"/> C932 <input type="checkbox"/> C933 <input type="checkbox"/> C934 <input type="checkbox"/> C935 <input type="checkbox"/> C936 <input type="checkbox"/> C937 <input type="checkbox"/> C938 <input type="checkbox"/> C939 <input type="checkbox"/> C940 <input type="checkbox"/> C941 <input type="checkbox"/> C942 <input type="checkbox"/> C943 <input type="checkbox"/> C944 <input type="checkbox"/> C945 <input type="checkbox"/> C946 <input type="checkbox"/> C947 <input type="checkbox"/> C948 <input type="checkbox"/> C949 <input type="checkbox"/> C950 <input type="checkbox"/> C951 <input type="checkbox"/> C952 <input type="checkbox"/> C953 <input type="checkbox"/> C954 <input type="checkbox"/> C955 <input type="checkbox"/> C956 <input type="checkbox"/> C957 <input type="checkbox"/> C958 <input type="checkbox"/> C959 <input type="checkbox"/> C960 <input type="checkbox"/> C961 <input type="checkbox"/> C962 <input type="checkbox"/> C963 <input type="checkbox"/> C964 <input type="checkbox"/> C965 <input type="checkbox"/> C966 <input type="checkbox"/> C967 <input type="checkbox"/> C968 <input type="checkbox"/> C969 <input type="checkbox"/> C970 <input type="checkbox"/> C971 <input type="checkbox"/> C972 <input type="checkbox"/> C973 <input type="checkbox"/> C974 <input type="checkbox"/> C975 <input type="checkbox"/> C976 <input type="checkbox"/> C977 <input type="checkbox"/> C978 <input type="checkbox"/> C979 <input type="checkbox"/> C980 <input type="checkbox"/> C981 <input type="checkbox"/> C982 <input type="checkbox"/> C983 <input type="checkbox"/> C984 <input type="checkbox"/> C985 <input type="checkbox"/> C986 <input type="checkbox"/> C987 <input type="checkbox"/> C988 <input type="checkbox"/> C989 <input type="checkbox"/> C990 <input type="checkbox"/> C991 <input type="checkbox"/> C992 <input type="checkbox"/> C993 <input type="checkbox"/> C994 <input type="checkbox"/> C995 <input type="checkbox"/> C996 <input type="checkbox"/> C997 <input type="checkbox"/> C998 <input type="checkbox"/> C999 <input type="checkbox"/> C9999 <input type="checkbox"/> C99999 <input type="checkbox"/> C999999 <input type="checkbox"/> C9999999 <input type="checkbox"/> C99999999 <input type="checkbox"/> C999999999 <input type="checkbox"/> C9999999999 <input type="checkbox"/> C99999999999 <input type="checkbox"/> C999999999999 <input type="checkbox"/> C9999999999999 <input type="checkbox"/> C99999999999999 <input type="checkbox"/> C999999999999999 <input type="checkbox"/> C9999999999999999 <input type="checkbox"/> C99999999999999999 <input type="checkbox"/> C999999999999999999 <input type="checkbox"/> C9999999999999999999 <input type="checkbox"/> C99999999999999999999 <input type="checkbox"/> C999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C9999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C99999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C9999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C99999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C999999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C9999999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C99999999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C999999999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C9999999999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C99999999999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C999999999999999999999999999999999 <input type="checkbox"/> C999999						

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 DESPUES 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 MUSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE 10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un(a) médico(a), preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres regresan los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médico(a), podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíilense con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurre al expediente clínico de la madre o gestante para obtener (o copiar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue el (los) familiar(es) el original y las dos primeras copias con la indicación de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de información o cancelación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrarla informe en el mortalizado del Sector Salud y posteriormente resguardarla en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escríba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de medida, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- Escríba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para la legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilizados (0,1,2,...9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [01/09/2016]. Registre incluso información parcial, teniendo en cuenta los espacios de los espaldas de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [6.0-8.0/2016].
- Marque con una "X" sobre el circulo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciónes que tengan " (asterisco)" se debe aplicar de forma clara la información que se solicita, en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" al círculo de "Si" (ignora o tiene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos), esto cuando se desconoce la información y después de angular todos los espacios que necesiten ser llenados.
- Para los domicilios anote Tipo de vía (Av, Blvd, Calle, Avenida, Carrero, Camellón, Diagonal, Colonia, Paseo, Boulevard, Paseo, Ejido, Rancho, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre de la localidad, Número, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía, y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe tener fachadas o emendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

2. **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresando en semanas completas, comenzando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. **PESO.** Anote en gramos el peso del producto. Ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0,450], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1,300]. No registre con otra unidad de medida (kilo a 1000 gramos).
5. **ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
6. **ESTE EMBARAZO FUE:** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 7.1 **ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estadio de la piel al momento de la expulsión o extracción: la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con arrasamiento o destrucción superficial que al tocarse se separa.
- 7.2 **¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
8. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [16:05:00].
9. **SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esto ocurrió en una unidad médica pública o privada, anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
12. **PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
13. **¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "SI" en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
16. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (de) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
17. **CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el mencionar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre/gestante o al producto. Deje en blanco el renglón para "Usos exclusivo del personal codificador".

PARTE I. En la linea a) escriba la condición del producto o de la madre o gestante que produjo directamente a 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 dejo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debe a" (o como consecuencia de), o cual indica que la causa que anota en la línea superior, se debe a esa consecuencia de lo que viene a registrarse debajo de ella.

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

10. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL		Indique una causa en cada renglón. Puede registrar más de una causa, dentro de cada renglón, para cada una, debe aplicar la numeración secuencial, en cada renglón.	Indicación si la causa es atribuida a la madre o gestante o al producto.	Identificación del establecimiento de salud.
PADRES	Cervical-Ranícola o cervical uterina	Hemorragia intrabatimetalas Sobre la cara ventral del útero	<input type="radio"/> Sí	
Condiciones maternas o patológicas que causaron la muerte directa o indirecta del producto, incluyendo el otro lugar de muerte		Hemorragia intrametritis Sobre la cara ventral del útero	<input type="radio"/> Sí	
		Trombosis placentaria Sobre la cara ventral del útero	<input checked="" type="radio"/> Sí	
		Hipertensión gestacional	<input checked="" type="radio"/> Sí	
MADRE	Otras condiciones que signifiquen el 10% de la muerte o gestante que contribuyeron a la muerte fetal, incluyendo la muerte de la madre o gestante y la muerte del producto	Tabaquismo	<input type="radio"/> Sí	

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

ABREVIATURAS

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFINICIÓN FETAL (FETO MORTINATO): ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN ANTES DE SU EXPULSIÓN O AL EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL ILICITO DEL CUAL DESPUES DE LA SUCURRACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CÓRDON UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MUSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (DIF-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES.

- Debe ser expuesto por autoridad médica, preferentemente por la ley que dictó la expulsión/extracción, para productos natos o de 22 semanas de gestación. No es posible certificar productos de 21 semanas o más, si las autoridades tienen las bases para considerarlo falso. En los faxes se debe indicar la fecha en la que se realizó la extracción y la autoridad médica.
- Para el llenado de este Certificado, suministra con la información proporcionada para la muerte o gestante al padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica externa al hospital a donde se le llevó o gestante para obtener la documentación.
- Llene sobre un superficie plana y limpia, utilizando el original y las primeras copias, la Información que lleva el Registro Civil, para insertar el permiso de información o documentación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para registrar la información de acuerdo con el Decreto Estatal y posteriormente regresándola en su expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expide fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a numerar 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 utilizar pluma, gel, usando tipos de molde, dorado y legible a una máquina de escribir, no use abreviaturas ni símbolos ni signos, salvo los de cumpleaños.
- Escriba sobre un superficie para el fértil, presionando el escritorio para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilizados (0, 1, 2, ...),
- En los campos de Fecha, el orden de relleno es: día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda, para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de enero, anote: 01 01 2018. Registre la hora en formato de 24 horas, comenzando con "00" y terminando con "23" en el espacio de información de hora. Ejemplo: si es posible certificar el nacimiento en la noche (00:00), anote: 00 00 00 00.
- Marque con una "X" dentro del círculo correspondiente a lo siguiente:
 - Para los programas que legalizan la gestación, debe hacerse explícita de forma clara la información que se solicta, en el espacio de código para tal fin.
 - Marque con una "X" el círculo de "Soltero" si no tiene esposo con "casado" en el caso de estos número, 2010 cuando se desencuentre la información y complete el acotado "Casado" o "soltero".
 - Una vez diligenciado el formulario, debe firmar el certificado. Nombre completo, Marca, Colonia, Dirección (ej. Calle, número y calle e inferior a 200 mts), Teléfono (ej. 31, 24, 65), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Pueblo, Ejido, Rancho), Pueblo, Unidad Habitacional, Nombre del establecimiento, Código Postal, Localidad, Municipio de Alcaldía y Población habitante. Población "domicilio conocido" en su dirección de referencia.
 - Este documento contiene "FEE DE ERATAS" y no debe borrar, sustituir o complementar.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

2. **EDAD GESTACIONAL:** Anota la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. **PESO:** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote: 0_4_5_0, si pesa 1 kg 300 gramos anote: 1_3_0_0. No registre con otra unidad de medida (kg, g, 1000 gramos).
5. **ATENCIÓN PRENATAL:** En 5.1 marque si efectuó o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas realizadas durante todo el embarazo.
6. **ESTE EMBARAZO FUE:** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
7. **ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO:** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel manchada se refiere a una piel pálida, amarilla, con abrasión o destrozo superficial o a sangre se separa.
- 7.2. **¿SE PRATICÓ NEUROPSÍA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
8. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN:** Anota la hora de la extracción del feto en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo, si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote: 16_0_0_05.
9. **SÍMBOLO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN:** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si este ocurrió en una unidad médica pública o privada, anote el nombre de la misma en 9.1 y 9.2. La Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
12. **PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN:** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
13. **¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la casilla 11, en caso de existir evidencia de violencia doméstica remunerada, física, económica, psicológica y/o sexual.
15. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE:** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todos los espacios. Certificado original y tres copias.
17. **CAUSA/S DE LA MUERTE FETAL:** Anote las principales causas en cada renglón, sin omitir el marcador contiguo a "X" en las columnas de la derecha, cada fila dividida a la madre/gestante y al producto. Deje en blanco el cuadro para "Usos exclusivos del personal de salud".

17. CAUSA/S DE LA MUERTE FETAL: Anote las principales causas en cada renglón, sin omitir el marcador contiguo a "X" en las columnas de la derecha, cada fila dividida a la madre/gestante y al producto. Deje en blanco el cuadro para "Usos exclusivos del personal de salud".	
PARTE I.	
En la línea 17 se escogen, por el lado de la madre o gestante que produjo directamente la muerte, en los ítems (b) y (c) y debe registrarse las enfermedades o sus causas antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la linea (a). Como ejemplo deberán de los ítems (a), (b) y (c) se incluye la leyenda: "defibr. s. (o como corresponda)", o cualquier otro signo que la causa que surgió en la linea superior, se debió o no en sucesivamente de la que s. oya a registrar debajo de ella.	
PARTE II.	
Cuando aplique, anote aquí algunas otras enfermedades significativas, atribuidas a la madre/gestante o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estén relacionadas con las causas anotadas en la PARTE I. Ejemplos:	
(a) Defibr. s. (o como corresponda)	
(b) Insuficiencia cardíaca	
(c) Insuficiencia pulmonar	
(d) Insuficiencia hepática	
(e) Tuberculosis	

22. **¿SE RECONOCÉ COMO AFROMEXICANO/A?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afroamericano/a.
23. **¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
24. **¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea ésta única lengua o además del español.
25. **RESIDENCIA HABITUAL:** Anota la dirección completa de la vivienda donde residió habitualmente la madre o gestante. Si éste corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
33. **ESCOLARIDAD:** Marque la opción que indica el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, incluya si la escolaridad es completa, incompleta, parcial o en desarrollo del mismo. Ejemplo: "Incompleta".
31. **OCCUPACIÓN HABITUAL:** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero/a, maestro/a, etc. En 31.1 marque la opción "SI" si tanto la madre o gestante cuenta con un trabajo o trabaja en un hogar familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "NO" cuando la madre o gestante, se dedique a quejas en el hogar o cuidados de familiares, a estudiar, rendir, etc.
32. **AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD:** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre o gestante no tenga anterior a servicio de salud. En 32.1 anote el número de teléfono de la opción donde la madre o gestante recibe la atención, asegurarse que ésta cuide correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
34. **EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUSO HIJABOS (NÚMERO):** Anota el número de hijos que ha tenido la madre o gestante independientemente de que a la fecha estén vivos o no. 34.1 cuádruples hayan nacido muertas, 34.2 cuádruples hayan nacido vivas y 34.3 cuádruples sobrevivientes.
35. **¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Se escoge "SI", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 38-41. **DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE:** No omitir ningún dato que la (el) identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado original y tres copias. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su certificado profesional.
42. **FECHA DE CERTIFICACIÓN:** Anote el dia, mes y año de expedición del Certificado, para ningún motivo debe dejarse en blanco.

ABREVIATURAS

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

INTRODUCE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (BLANCA) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL RENOVADO DE INMIGRACIÓN.

LOS DATOS PERSONALES SE TAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DEL GOBIERNO FEDERAL. NO SE ALMACENA NI SE USAN LOS DOCUMENTOS NI LOS DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DEL GOBIERNO FEDERAL.

S3639495

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL										FOLIO 9999999999	
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO LLÉNESE PARA PRODUCTOS A PARTIR DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN											
1. NOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> 1.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 1.2. APELLIDO PATERNO <input type="checkbox"/> 1.3. APELLIDO MATERNO <input type="checkbox"/> 1.4. APELLIDO MEDIANO 2. DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> 2.1. DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> 2.2. COLONIA <input type="checkbox"/> 2.3. MUNICIPIO <input type="checkbox"/> 2.4. ESTADO 3. SITIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTINCIÓN <input type="checkbox"/> 3.1. HOGAR <input type="checkbox"/> 3.2. CLÍNICA <input type="checkbox"/> 3.3. CASA DE SALUD <input type="checkbox"/> 3.4. CASA DE ATENCIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> 3.5. HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3.6. CLÍNICA MÉDICA 4. DATOS DEL PRODUCTO DEL BUCERÓN <input type="checkbox"/> 4.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 4.2. SEXO <input type="checkbox"/> 4.3. PESO <input type="checkbox"/> 4.4. LARGURA <input type="checkbox"/> 4.5. ANCHO 5. DATOS DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> 5.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 5.2. SEXO <input type="checkbox"/> 5.3. PESO <input type="checkbox"/> 5.4. ALTURA 6. DATOS DEL CERTIFICANTE <input type="checkbox"/> 6.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 6.2. SEXO <input type="checkbox"/> 6.3. PESO <input type="checkbox"/> 6.4. ALTURA 7. DATOS DE LA MUERTE FETAL <input type="checkbox"/> 7.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 7.2. SEXO <input type="checkbox"/> 7.3. PESO <input type="checkbox"/> 7.4. ALTURA 8. DATOS PERSONALES <input type="checkbox"/> 8.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 8.2. SEXO <input type="checkbox"/> 8.3. PESO <input type="checkbox"/> 8.4. ALTURA 9. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 9.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 9.2. SEXO <input type="checkbox"/> 9.3. PESO <input type="checkbox"/> 9.4. ALTURA 10. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 10.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 10.2. SEXO <input type="checkbox"/> 10.3. PESO <input type="checkbox"/> 10.4. ALTURA 11. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 11.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 11.2. SEXO <input type="checkbox"/> 11.3. PESO <input type="checkbox"/> 11.4. ALTURA 12. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 12.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 12.2. SEXO <input type="checkbox"/> 12.3. PESO <input type="checkbox"/> 12.4. ALTURA 13. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 13.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 13.2. SEXO <input type="checkbox"/> 13.3. PESO <input type="checkbox"/> 13.4. ALTURA 14. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 14.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 14.2. SEXO <input type="checkbox"/> 14.3. PESO <input type="checkbox"/> 14.4. ALTURA 15. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 15.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 15.2. SEXO <input type="checkbox"/> 15.3. PESO <input type="checkbox"/> 15.4. ALTURA 16. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 16.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 16.2. SEXO <input type="checkbox"/> 16.3. PESO <input type="checkbox"/> 16.4. ALTURA 17. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 17.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 17.2. SEXO <input type="checkbox"/> 17.3. PESO <input type="checkbox"/> 17.4. ALTURA 18. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 18.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 18.2. SEXO <input type="checkbox"/> 18.3. PESO <input type="checkbox"/> 18.4. ALTURA 19. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 19.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 19.2. SEXO <input type="checkbox"/> 19.3. PESO <input type="checkbox"/> 19.4. ALTURA 20. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 20.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 20.2. SEXO <input type="checkbox"/> 20.3. PESO <input type="checkbox"/> 20.4. ALTURA 21. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 21.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 21.2. SEXO <input type="checkbox"/> 21.3. PESO <input type="checkbox"/> 21.4. ALTURA 22. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 22.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 22.2. SEXO <input type="checkbox"/> 22.3. PESO <input type="checkbox"/> 22.4. ALTURA 23. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 23.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 23.2. SEXO <input type="checkbox"/> 23.3. PESO <input type="checkbox"/> 23.4. ALTURA 24. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 24.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 24.2. SEXO <input type="checkbox"/> 24.3. PESO <input type="checkbox"/> 24.4. ALTURA 25. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 25.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 25.2. SEXO <input type="checkbox"/> 25.3. PESO <input type="checkbox"/> 25.4. ALTURA 26. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 26.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 26.2. SEXO <input type="checkbox"/> 26.3. PESO <input type="checkbox"/> 26.4. ALTURA 27. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 27.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 27.2. SEXO <input type="checkbox"/> 27.3. PESO <input type="checkbox"/> 27.4. ALTURA 28. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 28.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 28.2. SEXO <input type="checkbox"/> 28.3. PESO <input type="checkbox"/> 28.4. ALTURA 29. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 29.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 29.2. SEXO <input type="checkbox"/> 29.3. PESO <input type="checkbox"/> 29.4. ALTURA 30. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 30.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 30.2. SEXO <input type="checkbox"/> 30.3. PESO <input type="checkbox"/> 30.4. ALTURA 31. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 31.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 31.2. SEXO <input type="checkbox"/> 31.3. PESO <input type="checkbox"/> 31.4. ALTURA 32. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 32.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 32.2. SEXO <input type="checkbox"/> 32.3. PESO <input type="checkbox"/> 32.4. ALTURA 33. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 33.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 33.2. SEXO <input type="checkbox"/> 33.3. PESO <input type="checkbox"/> 33.4. ALTURA 34. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 34.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 34.2. SEXO <input type="checkbox"/> 34.3. PESO <input type="checkbox"/> 34.4. ALTURA 35. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 35.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 35.2. SEXO <input type="checkbox"/> 35.3. PESO <input type="checkbox"/> 35.4. ALTURA 36. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 36.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 36.2. SEXO <input type="checkbox"/> 36.3. PESO <input type="checkbox"/> 36.4. ALTURA 37. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 37.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 37.2. SEXO <input type="checkbox"/> 37.3. PESO <input type="checkbox"/> 37.4. ALTURA 38. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 38.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 38.2. SEXO <input type="checkbox"/> 38.3. PESO <input type="checkbox"/> 38.4. ALTURA 39. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 39.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 39.2. SEXO <input type="checkbox"/> 39.3. PESO <input type="checkbox"/> 39.4. ALTURA 40. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 40.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 40.2. SEXO <input type="checkbox"/> 40.3. PESO <input type="checkbox"/> 40.4. ALTURA 41. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 41.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 41.2. SEXO <input type="checkbox"/> 41.3. PESO <input type="checkbox"/> 41.4. ALTURA 42. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 42.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 42.2. SEXO <input type="checkbox"/> 42.3. PESO <input type="checkbox"/> 42.4. ALTURA 43. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 43.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 43.2. SEXO <input type="checkbox"/> 43.3. PESO <input type="checkbox"/> 43.4. ALTURA 44. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 44.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 44.2. SEXO <input type="checkbox"/> 44.3. PESO <input type="checkbox"/> 44.4. ALTURA 45. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 45.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 45.2. SEXO <input type="checkbox"/> 45.3. PESO <input type="checkbox"/> 45.4. ALTURA 46. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 46.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 46.2. SEXO <input type="checkbox"/> 46.3. PESO <input type="checkbox"/> 46.4. ALTURA 47. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 47.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 47.2. SEXO <input type="checkbox"/> 47.3. PESO <input type="checkbox"/> 47.4. ALTURA 48. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 48.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 48.2. SEXO <input type="checkbox"/> 48.3. PESO <input type="checkbox"/> 48.4. ALTURA 49. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 49.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 49.2. SEXO <input type="checkbox"/> 49.3. PESO <input type="checkbox"/> 49.4. ALTURA 50. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 50.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 50.2. SEXO <input type="checkbox"/> 50.3. PESO <input type="checkbox"/> 50.4. ALTURA 51. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 51.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 51.2. SEXO <input type="checkbox"/> 51.3. PESO <input type="checkbox"/> 51.4. ALTURA 52. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 52.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 52.2. SEXO <input type="checkbox"/> 52.3. PESO <input type="checkbox"/> 52.4. ALTURA 53. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 53.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 53.2. SEXO <input type="checkbox"/> 53.3. PESO <input type="checkbox"/> 53.4. ALTURA 54. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 54.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 54.2. SEXO <input type="checkbox"/> 54.3. PESO <input type="checkbox"/> 54.4. ALTURA 55. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 55.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 55.2. SEXO <input type="checkbox"/> 55.3. PESO <input type="checkbox"/> 55.4. ALTURA 56. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 56.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 56.2. SEXO <input type="checkbox"/> 56.3. PESO <input type="checkbox"/> 56.4. ALTURA 57. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 57.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 57.2. SEXO <input type="checkbox"/> 57.3. PESO <input type="checkbox"/> 57.4. ALTURA 58. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 58.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 58.2. SEXO <input type="checkbox"/> 58.3. PESO <input type="checkbox"/> 58.4. ALTURA 59. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 59.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 59.2. SEXO <input type="checkbox"/> 59.3. PESO <input type="checkbox"/> 59.4. ALTURA 60. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 60.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 60.2. SEXO <input type="checkbox"/> 60.3. PESO <input type="checkbox"/> 60.4. ALTURA 61. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 61.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 61.2. SEXO <input type="checkbox"/> 61.3. PESO <input type="checkbox"/> 61.4. ALTURA 62. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 62.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 62.2. SEXO <input type="checkbox"/> 62.3. PESO <input type="checkbox"/> 62.4. ALTURA 63. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 63.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 63.2. SEXO <input type="checkbox"/> 63.3. PESO <input type="checkbox"/> 63.4. ALTURA 64. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 64.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 64.2. SEXO <input type="checkbox"/> 64.3. PESO <input type="checkbox"/> 64.4. ALTURA 65. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 65.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 65.2. SEXO <input type="checkbox"/> 65.3. PESO <input type="checkbox"/> 65.4. ALTURA 66. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 66.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 66.2. SEXO <input type="checkbox"/> 66.3. PESO <input type="checkbox"/> 66.4. ALTURA 67. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 67.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 67.2. SEXO <input type="checkbox"/> 67.3. PESO <input type="checkbox"/> 67.4. ALTURA 68. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 68.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 68.2. SEXO <input type="checkbox"/> 68.3. PESO <input type="checkbox"/> 68.4. ALTURA 69. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 69.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 69.2. SEXO <input type="checkbox"/> 69.3. PESO <input type="checkbox"/> 69.4. ALTURA 70. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 70.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 70.2. SEXO <input type="checkbox"/> 70.3. PESO <input type="checkbox"/> 70.4. ALTURA 71. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 71.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 71.2. SEXO <input type="checkbox"/> 71.3. PESO <input type="checkbox"/> 71.4. ALTURA 72. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 72.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 72.2. SEXO <input type="checkbox"/> 72.3. PESO <input type="checkbox"/> 72.4. ALTURA 73. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 73.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 73.2. SEXO <input type="checkbox"/> 73.3. PESO <input type="checkbox"/> 73.4. ALTURA 74. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 74.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 74.2. SEXO <input type="checkbox"/> 74.3. PESO <input type="checkbox"/> 74.4. ALTURA 75. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 75.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 75.2. SEXO <input type="checkbox"/> 75.3. PESO <input type="checkbox"/> 75.4. ALTURA 76. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 76.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 76.2. SEXO <input type="checkbox"/> 76.3. PESO <input type="checkbox"/> 76.4. ALTURA 77. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 77.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 77.2. SEXO <input type="checkbox"/> 77.3. PESO <input type="checkbox"/> 77.4. ALTURA 78. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 78.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 78.2. SEXO <input type="checkbox"/> 78.3. PESO <input type="checkbox"/> 78.4. ALTURA 79. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 79.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 79.2. SEXO <input type="checkbox"/> 79.3. PESO <input type="checkbox"/> 79.4. ALTURA 80. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 80.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 80.2. SEXO <input type="checkbox"/> 80.3. PESO <input type="checkbox"/> 80.4. ALTURA 81. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 81.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 81.2. SEXO <input type="checkbox"/> 81.3. PESO <input type="checkbox"/> 81.4. ALTURA 82. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 82.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 82.2. SEXO <input type="checkbox"/> 82.3. PESO <input type="checkbox"/> 82.4. ALTURA 83. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 83.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 83.2. SEXO <input type="checkbox"/> 83.3. PESO <input type="checkbox"/> 83.4. ALTURA 84. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 84.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 84.2. SEXO <input type="checkbox"/> 84.3. PESO <input type="checkbox"/> 84.4. ALTURA 85. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 85.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 85.2. SEXO <input type="checkbox"/> 85.3. PESO <input type="checkbox"/> 85.4. ALTURA 86. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 86.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 86.2. SEXO <input type="checkbox"/> 86.3. PESO <input type="checkbox"/> 86.4. ALTURA 87. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 87.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 87.2. SEXO <input type="checkbox"/> 87.3. PESO <input type="checkbox"/> 87.4. ALTURA 88. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 88.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 88.2. SEXO <input type="checkbox"/> 88.3. PESO <input type="checkbox"/> 88.4. ALTURA 89. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 89.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 89.2. SEXO <input type="checkbox"/> 89.3. PESO <input type="checkbox"/> 89.4. ALTURA 90. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 90.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 90.2. SEXO <input type="checkbox"/> 90.3. PESO <input type="checkbox"/> 90.4. ALTURA 91. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 91.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 91.2. SEXO <input type="checkbox"/> 91.3. PESO <input type="checkbox"/> 91.4. ALTURA 92. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 92.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 92.2. SEXO <input type="checkbox"/> 92.3. PESO <input type="checkbox"/> 92.4. ALTURA 93. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 93.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 93.2. SEXO <input type="checkbox"/> 93.3. PESO <input type="checkbox"/> 93.4. ALTURA 94. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 94.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 94.2. SEXO <input type="checkbox"/> 94.3. PESO <input type="checkbox"/> 94.4. ALTURA 95. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 95.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 95.2. SEXO <input type="checkbox"/> 95.3. PESO <input type="checkbox"/> 95.4. ALTURA 96. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 96.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 96.2. SEXO <input type="checkbox"/> 96.3. PESO <input type="checkbox"/> 96.4. ALTURA 97. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 97.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 97.2. SEXO <input type="checkbox"/> 97.3. PESO <input type="checkbox"/> 97.4. ALTURA 98. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 98.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 98.2. SEXO <input type="checkbox"/> 98.3. PESO <input type="checkbox"/> 98.4. ALTURA 99. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 99.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 99.2. SEXO <input type="checkbox"/> 99.3. PESO <input type="checkbox"/> 99.4. ALTURA 100. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 100.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 100.2. SEXO <input type="checkbox"/> 100.3. PESO <input type="checkbox"/> 100.4. ALTURA 101. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 101.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 101.2. SEXO <input type="checkbox"/> 101.3. PESO <input type="checkbox"/> 101.4. ALTURA 102. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 102.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 102.2. SEXO <input type="checkbox"/> 102.3. PESO <input type="checkbox"/> 102.4. ALTURA 103. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 103.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 103.2. SEXO <input type="checkbox"/> 103.3. PESO <input type="checkbox"/> 103.4. ALTURA 104. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 104.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 104.2. SEXO <input type="checkbox"/> 104.3. PESO <input type="checkbox"/> 104.4. ALTURA 105. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 105.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 105.2. SEXO <input type="checkbox"/> 105.3. PESO <input type="checkbox"/> 105.4. ALTURA 106. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 106.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 106.2. SEXO <input type="checkbox"/> 106.3. PESO <input type="checkbox"/> 106.4. ALTURA 107. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 107.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 107.2. SEXO <input type="checkbox"/> 107.3. PESO <input type="checkbox"/> 107.4. ALTURA 108. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 108.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 108.2. SEXO <input type="checkbox"/> 108.3. PESO <input type="checkbox"/> 108.4. ALTURA 109. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 109.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 109.2. SEXO <input type="checkbox"/> 109.3. PESO <input type="checkbox"/> 109.4. ALTURA 110. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 110.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 110.2. SEXO <input type="checkbox"/> 110.3. PESO <input type="checkbox"/> 110.4. ALTURA 111. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 111.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 111.2. SEXO <input type="checkbox"/> 111.3. PESO <input type="checkbox"/> 111.4. ALTURA 112. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 112.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 112.2. SEXO <input type="checkbox"/> 112.3. PESO <input type="checkbox"/> 112.4. ALTURA 113. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 113.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 113.2. SEXO <input type="checkbox"/> 113.3. PESO <input type="checkbox"/> 113.4. ALTURA 114. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 114.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 114.2. SEXO <input type="checkbox"/> 114.3. PESO <input type="checkbox"/> 114.4. ALTURA 115. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 115.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 115.2. SEXO <input type="checkbox"/> 115.3. PESO <input type="checkbox"/> 115.4. ALTURA 116. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 116.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 116.2. SEXO <input type="checkbox"/> 116.3. PESO <input type="checkbox"/> 116.4. ALTURA 117. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 117.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 117.2. SEXO <input type="checkbox"/> 117.3. PESO <input type="checkbox"/> 117.4. ALTURA 118. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 118.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 118.2. SEXO <input type="checkbox"/> 118.3. PESO <input type="checkbox"/> 118.4. ALTURA 119. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 119.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 119.2. SEXO <input type="checkbox"/> 119.3. PESO <input type="checkbox"/> 119.4. ALTURA 120. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 120.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 120.2. SEXO <input type="checkbox"/> 120.3. PESO <input type="checkbox"/> 120.4. ALTURA 121. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 121.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 121.2. SEXO <input type="checkbox"/> 121.3. PESO <input type="checkbox"/> 121.4. ALTURA 122. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 122.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 122.2. SEXO <input type="checkbox"/> 122.3. PESO <input type="checkbox"/> 122.4. ALTURA 123. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 123.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 123.2. SEXO <input type="checkbox"/> 123.3. PESO <input type="checkbox"/> 123.4. ALTURA 124. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 124.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 124.2. SEXO <input type="checkbox"/> 124.3. PESO <input type="checkbox"/> 124.4. ALTURA 125. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 125.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 125.2. SEXO <input type="checkbox"/> 125.3. PESO <input type="checkbox"/> 125.4. ALTURA 126. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 126.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 126.2. SEXO <input type="checkbox"/> 126.3. PESO <input type="checkbox"/> 126.4. ALTURA 127. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 127.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 127.2. SEXO <input type="checkbox"/> 127.3. PESO <input type="checkbox"/> 127.4. ALTURA 128. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 128.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 128.2. SEXO <input type="checkbox"/> 128.3. PESO <input type="checkbox"/> 128.4. ALTURA 129. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 129.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 129.2. SEXO <input type="checkbox"/> 129.3. PESO <input type="checkbox"/> 129.4. ALTURA 130. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 130.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 130.2. SEXO <input type="checkbox"/> 130.3. PESO <input type="checkbox"/> 130.4. ALTURA 131. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 131.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 131.2. SEXO <input type="checkbox"/> 131.3. PESO <input type="checkbox"/> 131.4. ALTURA 132. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 132.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 132.2. SEXO <input type="checkbox"/> 132.3. PESO <input type="checkbox"/> 132.4. ALTURA 133. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 133.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 133.2. SEXO <input type="checkbox"/> 133.3. PESO <input type="checkbox"/> 133.4. ALTURA 134. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 134.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 134.2. SEXO <input type="checkbox"/> 134.3. PESO <input type="checkbox"/> 134.4. ALTURA 135. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 135.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 135.2. SEXO <input type="checkbox"/> 135.3. PESO <input type="checkbox"/> 135.4. ALTURA 136. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 136.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 136.2. SEXO <input type="checkbox"/> 136.3. PESO <input type="checkbox"/> 136.4. ALTURA 137. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 137.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 137.2. SEXO <input type="checkbox"/> 137.3. PESO <input type="checkbox"/> 137.4. ALTURA 138. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 138.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 138.2. SEXO <input type="checkbox"/> 138.3. PESO <input type="checkbox"/> 138.4. ALTURA 139. DATOS DE LA MUERTE <input type="checkbox"/> 139.1. NOMBRE <input type="checkbox"/> 139.2. SEXO <input type="checkbox"/> 139											

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. COMPRENDE EL CULMINAR DEL SU MUELLE, INCLUSO NUDILLO EN EL DE LA DURACION DEL EMBAZO; LA MUELLE ES UNA INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUES DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PUJACIONES DEL CORDÓN UMBRÍAL O ALGUNOS MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS VUELGUOS DE CONTRACCION VOLUNTARIAS (CIE-10, VOLVENS).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un(a) médico(a), preferentemente por la(o)s que atendió la expulsión o extracción, para productos a parturie 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médico(a), podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado del Certificado, se deben tener en cuenta las instrucciones propuestas por la(o)s que asistieron al parto o al nacimiento. Si la(o)s que asistieron al nacimiento no tienen conocimientos médicos necesarios, se recomienda dirigirse a la(o)s médica(s) que atendieron la(o)s que asistieron al nacimiento para obtener su colaboración.
- Deben ser cumplidos y firmar copias ante la(o)s autoridades o las dos autoridades que no tienen la autorización de llevarse al Registro Civil para llenar el formulario de informes o la certificación. La tenencia copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal como mejor la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente regresa ésta en el espacio clínico de la muerte o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la(o)s certificante(s) está obligada(s) a remitir la tenencia copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a su expedición.
- Escribir con tinta negra o azul en el pluma de goma usando letra de modo, clara y legible y con indecible de escribir. No uso observaciones ni símbolos ni signos, salvo los de puntuación.
- Escribir en mayúsculas y puntuación clara y limpia, presentando el escrito para legibilidad de las copias, evitando que la información se pueda leer claramente hasta la última página. En el caso de números únicos antiguos (0,1,2,...,9).
- En los campos de fecha, el orden de registro es año, mes y año. Complete con cifras 4, 2 y 2 respectivamente para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2018 anote [2018] 09 01. Repita incluso información parcial, faltantes o sin número, las espacios de la información descriptiva, ejemplos: si se pide el color de la piel de la gestante o estomatologista [2018] anote [0000] 00 00.
- Marque con una "X" sobre el encabezado correspondiente a la respuesta.
- Ponga las preguntas con opciones que tengan "falso" o "verdadero" o de forma clara la información que se solicita, en el espacio designado para la fm.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o bien las opciones con "no sabe" en el caso de datos numéricos, salvo cuando se descrece la información o descrece lo que dice el otro oportuno.
- Puede llenar más de una línea de visitas (je Calle, Avenida, Carrera, Camino, Llegada, Desvío, Paseo, Boulevard); Nombre de vecinos, barrio, colonia (je 400) e interior (je 1, apdo. je 2, etc. 600). Tito de asentamiento (Número tel. 50 mil, Fraccionamiento, Pueblo, Ejido, Rancho, Pueblo, Colonia, Hacienda); Nombre del vecino (je, Colonia, Ejido, Ejido, Ejido, Rancho, Hacienda, etc.) y/o nombre familiar (padre, hermano, etc.) en la columna referencias.
- Este documento contiene FDE DE ERRORES, y no debe ignorarse, las errores detalladas.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

2. **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas como días, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. **PESO.** Anote el gramaje del producto, consignando si el producto pesa 400 gramos, anote 0,4 g.0, si pesa 1 kg o 300 gramos anote 1,1 g.0. No registre con cifra un dígito de medida (1 kg = 1000 gramos).
5. **ATENCIÓN PRENATAL.** anote si marca si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en b.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
6. **ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquél en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si no se cumple, el embarazo se clasifica como normal.
7. **ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel manchada se refiere a una pieza partida, arrugada, con abrasión o desgarrado en superficie que el feto/craneo se separa.
- 7.2. **¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para los muertos fetales ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentes o violencia).
8. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrida del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 (ejemplo: si es 16:00 da 16 y da 00 de la hora con 5 minutos anote [16] 00 05).
9. **BITACORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifica el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esto ocurrió en una unidad médica médica o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 el Clave Unico de Establecimiento de Salud (C.U.E.S).
12. **PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Escoja el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
13. **¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir en casa de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial, sexual).
18. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de presentar en todas las hojas del Certificado longitudinal y tras copias.
17. **CAUSAS DE LA MUERTE FETAL.** Anote una "X" en cada renglón, sin omitir el marcado con una "X" en las columnas de la derecha si ésta no resulta directamente o indirectamente al producto. Deja un espacio a rosadisco para "otro resultado del proceso del feto/muerto".

PARTE I. En la linea a) anotar la condición del producto o si es la madre o gestante que produjo el feto/muerto en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dicen originar a la causa anotada en la linea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se incluye la leyenda, debajo de a), b) y c) como consecuencia ext., o cual indica que la causa que anota en la linea superior, se debe a o es consecuencia de la que viene a registrar debajo de ella.

PARTE II. Cuando opte por anotar cualquier otra orferta médica o genética, diríjase a la mejor gestante o al producto que pudo haber contribuido a la muerte fetal, para que no estuvo mal creída con las causas anotadas en la PARTE I, o escríbalo:

EL CAUSANTE DE LA MUERTE FETAL		Causas de la muerte fetal	
<input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo ectópico	<input checked="" type="checkbox"/>	Causa de la muerte fetal
<input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo intracavitario	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Iniciación placentaria	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Espontáneo o traumático	<input checked="" type="checkbox"/>	
Datos		Resumen	
OTROS			
<small>Este apartado es para registrar causas de muerte fetal que no se encuentren en la lista anterior. Deja un espacio a rosadisco para "otro resultado del proceso del feto/muerto".</small>			
<small>Este apartado es para registrar causas de muerte fetal que no se encuentren en la lista anterior. Deja un espacio a rosadisco para "otro resultado del proceso del feto/muerto".</small>			
<small>Este apartado es para registrar causas de muerte fetal que no se encuentren en la lista anterior. Deja un espacio a rosadisco para "otro resultado del proceso del feto/muerto".</small>			

22. **¿SE RECONOCÉ COMO AFROMEXICANA(O)?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se autodecione como afroamericana.
23. **¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se considere como indígena de acuerdo a su cultura.
24. **¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o como lengua de dominio.
25. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la madre o gestante. Si ésta no responde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
33. **ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad, marque la opción "Ninguna".
31. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero/a, maestra/o, En 31.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o labor en un espacio o sector de su economía, independientemente de que sea temporal o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de sus hijos, o sea en actividad doméstica.
32. **AFFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que asiste habitualmente la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcase cuando la(o)s informante(s) manifieste que la madre o gestante no tenga afiliación a servicios de salud. En 32.1, anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibe la atención, asegúrese que este guarda correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
34. **EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HUARIOS (NUMERO).** Anote el número de nacimientos que ha tenido la madre o gestante independientemente de que sea la fecha en la que vivió/a o no; 34.1 es el número hayan nacido vivos y 34.3 cuantos nacieron.
35. **¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Seleccione "Sí" si la madre o gestante ha hecho parte de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Declaración.
- 35-41. **DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que se le solicite. La firma de la (del) es suficiente si se trata de certificante o de autorizado, así diligencia y sus datos de población en toda las fechas. Ad Coeficiente (totalidad y sus copias). Para el caso de certificante, si el certificador no tiene el número de su código profesional.
42. **FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

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

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**

CLÍMENES PARA PRODUCTOS A PARTIR DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN

FOLIO
999999999

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA MUERTE FETAL DEBE CONSERVAR ESTA Y COPIARLA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD.

LA MUERTE TOTAL NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DECE DIO UNA DUDA SOBRE LA SECRETARÍA DE SALUD
EN UN PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 10 DE AGOSTO AL 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2014.

66666666

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 DESPUES DE LA APARICIÓN DE FETO NO RESPIRA NI HA VINDIMA OTRAS FUNCIONES DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTUADOS DE LOS MUSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (C. E-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un solo médico, preferentemente por la (el) que asistió a la expulsión o extracción, para producidos a partir de 22 semanas de gestación (o posibles términos producidos de 21 semanas o más), si los padres requieren los servicios para darse de alta (al). En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado del Certificado, también debe ser información proporcionada por la madre o gestante, al pie de la hoja. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica, deberá adjuntar a dicha de la muerte o paciente una copia de la indicación de llevarse al Registro Civil para tramitar el nacimiento de la muerte o paciente. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrarla a la muestra de mortalidad del Diccionario Salud y posteriormente guardarse en el archivo de la muerte o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado/a a remitir la copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a su expedición.
- Escribir con tinta negra o azul (no tinte) y una pluma de gel, usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntaje.
- Escribir sobre una superficie plana y firme, para mantener escritura para legibilidad de los datos, verifique que la información se puede leer claramente hasta la última página. En el caso de números entre paréntesis (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 998, 999, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1098, 1099, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1118, 1119, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1127, 1128, 1129, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1137, 1138, 1139, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1143, 1144, 1145, 1146, 1146, 1147, 1148, 1148, 1149, 1149, 1150, 1151, 1151, 1152, 1153, 1153, 1154, 1154, 1155, 1155, 1156, 1156, 1157, 1157, 1158, 1158, 1159, 1159, 1160, 1160, 1161, 1161, 1162, 1162, 1163, 1163, 1164, 1164, 1165, 1165, 1166, 1166, 1167, 1167, 1168, 1168, 1169, 1169, 1170, 1170, 1171, 1171, 1172, 1172, 1173, 1173, 1174, 1174, 1175, 1175, 1176, 1176, 1177, 1177, 1178, 1178, 1179, 1179, 1180, 1180, 1181, 1181, 1182, 1182, 1183, 1183, 1184, 1184, 1185, 1185, 1186, 1186, 1187, 1187, 1188, 1188, 1189, 1189, 1190, 1190, 1191, 1191, 1192, 1192, 1193, 1193, 1194, 1194, 1195, 1195, 1196, 1196, 1197, 1197, 1198, 1198, 1199, 1199, 1200, 1200, 1201, 1201, 1202, 1202, 1203, 1203, 1204, 1204, 1205, 1205, 1206, 1206, 1207, 1207, 1208, 1208, 1209, 1209, 1210, 1210, 1211, 1211, 1212, 1212, 1213, 1213, 1214, 1214, 1215, 1215, 1216, 1216, 1217, 1217, 1218, 1218, 1219, 1219, 1220, 1220, 1221, 1221, 1222, 1222, 1223, 1223, 1224, 1224, 1225, 1225, 1226, 1226, 1227, 1227, 1228, 1228, 1229, 1229, 1230, 1230, 1231, 1231, 1232, 1232, 1233, 1233, 1234, 1234, 1235, 1235, 1236, 1236, 1237, 1237, 1238, 1238, 1239, 1239, 1240, 1240, 1241, 1241, 1242, 1242, 1243, 1243, 1244, 1244, 1245, 1245, 1246, 1246, 1247, 1247, 1248, 1248, 1249, 1249, 1250, 1250, 1251, 1251, 1252, 1252, 1253, 1253, 1254, 1254, 1255, 1255, 1256, 1256, 1257, 1257, 1258, 1258, 1259, 1259, 1260, 1260, 1261, 1261, 1262, 1262, 1263, 1263, 1264, 1264, 1265, 1265, 1266, 1266, 1267, 1267, 1268, 1268, 1269, 1269, 1270, 1270, 1271, 1271, 1272, 1272, 1273, 1273, 1274, 1274, 1275, 1275, 1276, 1276, 1277, 1277, 1278, 1278, 1279, 1279, 1280, 1280, 1281, 1281, 1282, 1282, 1283, 1283, 1284, 1284, 1285, 1285, 1286, 1286, 1287, 1287, 1288, 1288, 1289, 1289, 1290, 1290, 1291, 1291, 1292, 1292, 1293, 1293, 1294, 1294, 1295, 1295, 1296, 1296, 1297, 1297, 1298, 1298, 1299, 1299, 1300, 1300, 1301, 1301, 1302, 1302, 1303, 1303, 1304, 1304, 1305, 1305, 1306, 1306, 1307, 1307, 1308, 1308, 1309, 1309, 1310, 1310, 1311, 1311, 1312, 1312, 1313, 1313, 1314, 1314, 1315, 1315, 1316, 1316, 1317, 1317, 1318, 1318, 1319, 1319, 1320, 1320, 1321, 1321, 1322, 1322, 1323, 1323, 1324, 1324, 1325, 1325, 1326, 1326, 1327, 1327, 1328, 1328, 1329, 1329, 1330, 1330, 1331, 1331, 1332, 1332, 1333, 1333, 1334, 1334, 1335, 1335, 1336, 1336, 1337, 1337, 1338, 1338, 1339, 1339, 1340, 1340, 1341, 1341, 1342, 1342, 1343, 1343, 1344, 1344, 1345, 1345, 1346, 1346, 1347, 1347, 1348, 1348, 1349, 1349, 1350, 1350, 1351, 1351, 1352, 1352, 1353, 1353, 1354, 1354, 1355, 1355, 1356, 1356, 1357, 1357, 1358, 1358, 1359, 1359, 1360, 1360, 1361, 1361, 1362, 1362, 1363, 1363, 1364, 1364, 1365, 1365, 1366, 1366, 1367, 1367, 1368, 1368, 1369, 1369, 1370, 1370, 1371, 1371, 1372, 1372, 1373, 1373, 1374, 1374, 1375, 1375, 1376, 1376, 1377, 1377, 1378, 1378, 1379, 1379, 1380, 1380, 1381, 1381, 1382, 1382, 1383, 1383, 1384, 1384, 1385, 1385, 1386, 1386, 1387, 1387, 1388, 1388, 1389, 1389, 1390, 1390, 1391, 1391, 1392, 1392, 1393, 1393, 1394, 1394, 1395, 1395, 1396, 1396, 1397, 1397, 1398, 1398, 1399, 1399, 1400, 1400, 1401, 1401, 1402, 1402, 1403, 1403, 1404, 1404, 1405, 1405, 1406, 1406, 1407, 1407, 1408, 1408, 1409, 1409, 1410, 1410, 1411, 1411, 1412, 1412, 1413, 1413, 1414, 1414, 1415, 1415, 1416, 1416, 1417, 1417, 1418, 1418, 1419, 1419, 1420, 1420, 1421, 1421, 1422, 1422, 1423, 1423, 1424, 1424, 1425, 1425, 1426, 1426, 1427, 1427, 1428, 1428, 1429, 1429, 1430, 1430, 1431, 1431, 1432, 1432, 1433, 1433, 1434, 1434, 1435, 1435, 1436, 1436, 1437, 1437, 1438, 1438, 1439, 1439, 1440, 1440, 1441, 1441, 1442, 1442, 1443, 1443, 1444, 1444, 1445, 1445, 1446, 1446, 1447, 1447, 1448, 1448, 1449, 1449, 1450, 1450, 1451, 1451, 1452, 1452, 1453, 1453, 1454, 1454, 1455, 1455, 1456, 1456, 1457, 1457, 1458, 1458, 1459, 1459, 1460, 1460, 1461, 1461, 1462, 1462, 1463, 1463, 1464, 1464, 1465, 1465, 1466, 1466, 1467, 1467, 1468, 1468, 1469, 1469, 1470, 1470, 1471, 1471, 1472, 1472, 1473, 1473, 1474, 1474, 1475, 1475, 1476, 1476, 1477, 1477, 1478, 1478, 1479, 1479, 1480, 1480, 1481, 1481, 1482, 1482, 1483, 1483, 1484, 1484, 1485, 1485, 1486, 1486, 1487, 1487, 1488, 1488, 1489, 1489, 1490, 1490, 1491, 1491, 1492, 1492, 1493, 1493, 1494, 1494, 1495, 1495, 1496, 1496, 1497, 1497, 1498, 1498, 1499, 1499, 1500, 1500, 1501,



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO ELECTRÓNICO
DE DEFUNCIÓN

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

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO ELECTRÓNICO
DE MUERTE FETAL

Nombre de la madre o gestante

Fecha de nacimiento de la madre o gestante	Entidad de nacimiento de la madre o gestante	Sexo de la madre o gestante
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

CURP de la madre o gestante

Fecha de certificación

Folio	Fecha de expulsión	Semanas de gestación
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Firma electrónica de la (del) certificante

[REDACTED]

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

[REDACTED]

Sello electrónico de la Unidad Médica

[REDACTED]

Cadena original

[REDACTED]

Código
QR

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