

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, anticipe las necesidades de la población y favorezca la pertinencia cultural en los servicios brindados en el SNS; las acciones puntuales 3.4.3 Fortalecer los mecanismos para la identificación y registro de datos personales, que consideren las disposiciones de la legislación vigente, que se evite la duplicidad de registros y favorezca el acceso y manejo de la información y 3.4.4 Articular los sistemas de información y comunicación existentes en el sector para procurar su unificación, conservación y aprovechamiento, especialmente para la conformación de plataformas y bases de datos confiables;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El certificado electrónico de defunción y de muerte fetal podrá tener una representación impresa, misma que deberá entregarse a la interesada/o con la indicación de que sea entregada en el Registro Civil al momento de obtener el Acta de Defunción y el permiso de inhumación en el caso de una defunción, o el permiso de inhumación en el caso de una muerte fetal, de conformidad con lo establecido en el artículo anterior.
- II. La representación impresa del certificado electrónico de defunción y de muerte fetal, surtirá plenos efectos cuando su contenido sea validado conforme al procedimiento a que se refiere la fracción I del presente artículo.

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

ANEXO 1 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

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

FOLIO
999999999

DE LA DEFUNCIÓN

1. NÚMERO DE LA (DEL) FALLECIDO(A) _____

2. FECHA DE NACIMIENTO _____ 3. SEXO ☐ HOMBRE ☐ MUJER 4. EDADE DE NACIMIENTO _____

5. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

6. JUAN, ANA, CAROL, LUCIANO, GEMEL ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

7. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

8. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

9. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

10. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

11. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

12. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

13. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

14. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

15. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

16. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

17. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

18. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

19. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

20. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

21. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

22. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

23. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

24. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

25. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

26. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

27. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

28. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

29. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

30. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

31. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

32. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

33. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

34. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

35. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

36. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

37. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

38. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

39. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

40. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

41. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

42. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

43. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

44. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

45. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

46. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

47. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

48. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

49. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

50. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

51. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

52. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

53. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

54. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

55. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

56. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

57. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

58. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

59. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

60. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

61. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

62. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

63. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

64. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

65. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

66. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

67. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

68. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

69. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

70. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

71. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

72. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

73. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

74. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

75. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

76. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

77. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

78. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

79. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

80. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

81. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

82. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

83. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

84. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

85. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

86. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

87. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

88. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

89. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

90. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

91. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

92. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

93. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

94. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

95. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

96. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

97. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

98. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

99. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

100. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

101. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

102. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

103. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

104. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

105. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

106. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

107. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

108. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

109. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

110. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

111. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

112. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

113. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

114. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

115. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

116. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

117. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

118. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

119. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

120. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

121. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

122. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

123. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

124. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

125. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

126. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

127. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

128. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

129. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

130. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

131. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

132. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

133. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

134. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

135. CUBO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

136. CUBO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- INSTRUCCIONES GENERALES:**
1. Debe ser otorgado por una Unidad Médica de preferencia por el Instituto, o el que haya otorgado a última instancia o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya unidades, puede ser expedido por el personal autorizado por la Dirección de los Ases.
 2. De acuerdo a la NOM-058-SSA3-2019 en el artículo 12.27 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
 3. Para el llenado de este Certificado se requiere como información personal únicamente por el familiar o persona responsable de la defunción, el dato sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una Unidad médica, recorra al expediente clínico para obtener o cotificar la información.
 4. Llene en original y tres copias, entregue a los familiares del difunto y los dos primeros 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 certifique la defunción para el Registro de la Información de Mortalidad de Salud Social y poderamente registrarse en el expediente clínico de la (el) fallecido. 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 plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
 5. Escriba con letra legible a mano, utilice letra de caja, use tinta azul o modo azul y escriba en mayúsculas de español. No use abreviaturas.
 6. Coloque sobre una superficie plana y firme, presionando el escrito por los lados de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de número de folios sencillos (1, 2, ..., 5).
 7. En los campos de Fecha y orden de registro de días, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito. Ejemplo: Para 5 de marzo de 2019, escriba 05 03 2019. Registre por lo menos la información parcial llenando los espacios de la información desconocida, ejemplo: si solo se conoce el año del nacimiento (2010), escriba: 9 9 9 2010.
 8. Marque con una "x" el grupo de "Delictivos" o llene los espacios con "nuevos" en el caso de datos numéricos, placardados se desconocen, a información y registros de aplicar todos los campos correspondientes.
 9. Para las preguntas con opciones que sepan "Responde No" se debe especificar en el espacio designado como "Si No".
 10. Para los nombres (nuevos) Tercer de apellido (el) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Dique, Cabaña, Puercito, Barrio, etc. Verifique el nombre en la localidad. Mueve (en caso de tener) un número de vivienda 21, 24, 34, tipo de asentamiento (numérico) Colonia, Poblado, Ejido, Barrio, Estación o Puerto, Unidad Habitacional, Nombre del asentamiento, Codigo Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Escriba antes "delimito como" o
 11. Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual de Llenado de Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
 12. Este documento no contiene T.L.U. o L.R.A.I.A.S. y no debe llevar abreviaturas o denominaciones.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- [illegible]

PAUSE e un intervallo di tempo in cui la lettura si interrompe per un periodo di tempo determinato. È un intervallo di tempo in cui la lettura si interrompe per un periodo di tempo determinato. È un intervallo di tempo in cui la lettura si interrompe per un periodo di tempo determinato.

FIGURE 1: Cash flows, $\log$ of cumulative cash flow, and expected cash flow, $\log$ of expected cash flow, and $\log$ of expected cash flow, $\log$ of expected cash flow.

50. CLASIFICACIÓN DE LA DISFASIA (Añadir a la tabla cuando se cada renglón. Indicar además modo de recibir -apropiado para cardinales, enteros, etc.). PARTES I Responde la terminología o conductas a la muestra de desarrollo de la edad con un bazo (x) Responde la calificación de alteraciones a una muestra de alteraciones de la audición, de la visión, de la comunicación y de la conducta social.		Indicando el tiempo que tarda en recibir la información o el modo de recibir. 2 días 4 días 5 años	Indicando el tiempo que tarda en recibir la información o el modo de recibir. 2 días 4 días 5 años
PARTES II (Otras condiciones o estados patológicos que afectan a la comunicación y a la conducta social) Indicando el tiempo que tarda en recibir la información o el modo de recibir.		Indicando el tiempo que tarda en recibir la información o el modo de recibir. 2 días 4 días 5 años	Indicando el tiempo que tarda en recibir la información o el modo de recibir. 2 días 4 días 5 años

- [illegible]

REFERENCES

DOI: 10.1002/anie.201200017



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
9999999999

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

9999999999

1. NOMBRE DE LA PERSONA (NOMBRE COMPLETO)		2. SEXO		3. EDAD		4. ESTADO DE NACIMIENTO	
5. CLASE ALIMENTICIA		6. NACIONALIDAD		7. USUARIOS		8. USUARIOS	
9. ESTADO CIVIL		10. TIPO DE DEFUNCIÓN		11. TIPO DE DEFUNCIÓN		12. TIPO DE DEFUNCIÓN	
13. TIPO DE DEFUNCIÓN		14. TIPO DE DEFUNCIÓN		15. TIPO DE DEFUNCIÓN		16. TIPO DE DEFUNCIÓN	
17. TIPO DE DEFUNCIÓN		18. TIPO DE DEFUNCIÓN		19. TIPO DE DEFUNCIÓN		20. TIPO DE DEFUNCIÓN	
21. TIPO DE DEFUNCIÓN		22. TIPO DE DEFUNCIÓN		23. TIPO DE DEFUNCIÓN		24. TIPO DE DEFUNCIÓN	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN		26. TIPO DE DEFUNCIÓN		27. TIPO DE DEFUNCIÓN		28. TIPO DE DEFUNCIÓN	
29. TIPO DE DEFUNCIÓN		30. TIPO DE DEFUNCIÓN		31. TIPO DE DEFUNCIÓN		32. TIPO DE DEFUNCIÓN	
33. TIPO DE DEFUNCIÓN		34. TIPO DE DEFUNCIÓN		35. TIPO DE DEFUNCIÓN		36. TIPO DE DEFUNCIÓN	
37. TIPO DE DEFUNCIÓN		38. TIPO DE DEFUNCIÓN		39. TIPO DE DEFUNCIÓN		40. TIPO DE DEFUNCIÓN	
41. TIPO DE DEFUNCIÓN		42. TIPO DE DEFUNCIÓN		43. TIPO DE DEFUNCIÓN		44. TIPO DE DEFUNCIÓN	
45. TIPO DE DEFUNCIÓN		46. TIPO DE DEFUNCIÓN		47. TIPO DE DEFUNCIÓN		48. TIPO DE DEFUNCIÓN	
49. TIPO DE DEFUNCIÓN		50. TIPO DE DEFUNCIÓN		51. TIPO DE DEFUNCIÓN		52. TIPO DE DEFUNCIÓN	
53. TIPO DE DEFUNCIÓN		54. TIPO DE DEFUNCIÓN		55. TIPO DE DEFUNCIÓN		56. TIPO DE DEFUNCIÓN	
57. TIPO DE DEFUNCIÓN		58. TIPO DE DEFUNCIÓN		59. TIPO DE DEFUNCIÓN		60. TIPO DE DEFUNCIÓN	
61. TIPO DE DEFUNCIÓN		62. TIPO DE DEFUNCIÓN		63. TIPO DE DEFUNCIÓN		64. TIPO DE DEFUNCIÓN	
65. TIPO DE DEFUNCIÓN		66. TIPO DE DEFUNCIÓN		67. TIPO DE DEFUNCIÓN		68. TIPO DE DEFUNCIÓN	
69. TIPO DE DEFUNCIÓN		70. TIPO DE DEFUNCIÓN		71. TIPO DE DEFUNCIÓN		72. TIPO DE DEFUNCIÓN	
73. TIPO DE DEFUNCIÓN		74. TIPO DE DEFUNCIÓN		75. TIPO DE DEFUNCIÓN		76. TIPO DE DEFUNCIÓN	
77. TIPO DE DEFUNCIÓN		78. TIPO DE DEFUNCIÓN		79. TIPO DE DEFUNCIÓN		80. TIPO DE DEFUNCIÓN	
81. TIPO DE DEFUNCIÓN		82. TIPO DE DEFUNCIÓN		83. TIPO DE DEFUNCIÓN		84. TIPO DE DEFUNCIÓN	
85. TIPO DE DEFUNCIÓN		86. TIPO DE DEFUNCIÓN		87. TIPO DE DEFUNCIÓN		88. TIPO DE DEFUNCIÓN	
89. TIPO DE DEFUNCIÓN		90. TIPO DE DEFUNCIÓN		91. TIPO DE DEFUNCIÓN		92. TIPO DE DEFUNCIÓN	
93. TIPO DE DEFUNCIÓN		94. TIPO DE DEFUNCIÓN		95. TIPO DE DEFUNCIÓN		96. TIPO DE DEFUNCIÓN	
97. TIPO DE DEFUNCIÓN		98. TIPO DE DEFUNCIÓN		99. TIPO DE DEFUNCIÓN		100. TIPO DE DEFUNCIÓN	

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por una (un) persona de confianza por el familiar, el que haya otorgado la última voluntad o el que haya estado o fallecido mismo. En lugares donde no haya médico podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-056-SSA2-2012 en el número 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridos los siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxiliarse con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la (el) fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, anexar el expediente clínico que contiene la información.
- Llene en original y tres copias: entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que emitió el certificado para integrar la información de mortalidad del Sistema Salud y posteriormente responderla en el expediente clínico de la (el) fallecido(a). 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 15 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escríbalo con tinta negra o azul. Una única columna de gesso, usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escríbalo sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias; verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de fecha, el día debe registrarse en día, mes y año. Complete con ceros a izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 6 de marzo de 2016 escriba 06/03/2016. Registre en los campos de fecha, llenando con ceros a izquierda de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año de nacimiento (2016), escriba 00/00/2016.
- Marque con una "X" o el signo de "B" alguna o algunas de las casillas con "¿Nuestro?" en el caso de datos numéricos, según corresponda a la información y después registrar todos los datos para completarla.
- Para las preguntas con opciones que tengan "¿además?" se debe especificar en el espacio asignado para la fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de localidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Paseo, Boulevard, Nombre de la localidad, Núm. Exterior (ej. 550) e Interior si aplica (ej. 21, 2A, GG); Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Procesoamiento, Pueblo, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional); Nombre del asentamiento, Código Postal; Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Escriba en el "Nombre del asentamiento".
- Para más detalles del llenado de cada ítem, consulte las instrucciones y pautas técnicas, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Manual FOLIO.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecido(a) sea una niña o niño nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escriba Redón Nació(a) en el lugar del nombre y anote el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de apellidos los medio con la identificación de la persona, deje en blanco los espacios correspondientes y anote la opción "Personas desconocidas".
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació o (el) fallecido(a). Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para "Entidad de Nacimiento".
- ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROHICIGANA/O?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) se autoreconociera como afrohigigana/o.
- ¿SE CONSIDERABA INDIGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) se reconociera como indígena de acuerdo a su cultura.
- ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, y escriba como única lengua o acentos del español. Para casos de menores de 16 años, preguntar si alguno de los padres se autodeclaró como indígena o hablaba alguna lengua indígena, en caso afirmativo anote la opción "SI".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y lene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero sí se conoce la fecha de nacimiento, registre en los campos correspondientes, ejemplo: para desconocer el año anote en el lugar para años cumplidos 00/00. Marque la opción "¿Nuestro?", después de la (el) fallecido(a) anote la fecha de nacimiento en el espacio correspondiente. Para menores de 28 días de nacido(a): 00/00. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN 00/00 es 14 decimales y para un certificado impreso los últimos 6 decimales: 00/00. Anote los meses de gestación y 00/00. Anote el peso al nacer en gramos.
- SITUACIÓN CONYUGAL.** Marque la (el) fallecido(a) de 12 años y más en relación con las parejas y obligaciones legales y de sustento del país, respecto de su estado civil matrimonial, indique con claridad las condiciones de hecho y de derecho. Anote el número que en el Registro Civil se verificó su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la zona o zona de vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecido(a). Si esta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para los fallecidos de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ocupación secundaria, ocupación terciaria, etc. En 00/00 anote la opción "SI" cuando la (el) fallecido(a) recibiera un pago por su trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta. Independientemente de que percibiera o no ingresos, Marque "No" cuando la (el) fallecido(a) se dedicaba a mantenerse de hogar o a sueldo de los familiares, a sueldo, jubilación, retiro, etc. Anote la opción "Ninguno" cuando la (el) fallecido(a) no percibía ingresos.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) la (el) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (el) informante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado por cada una de las copias.
- SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especificar el lugar donde ocurrió la defunción. Si ésta ocurrió en una unidad médica anote la entidad donde se realizó la misma en 00/00 y en 00/00 la Clínica o Unidad de Establecimiento de Salud (CUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, registrar las indicaciones generales. Para la hora de la defunción, anote en formato de 24 horas de 00 a 23 y minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 pm, anote 17:00. Anote en formato de 00/00.
- ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, anote la fecha de la defunción y la causa de la defunción en el espacio correspondiente.
- TIPO DE DEFUNCIÓN.** Marque la (el) fallecido(a) de 12 años y más en relación con las parejas y obligaciones legales y de sustento del país, respecto de su estado civil matrimonial, indique con claridad las condiciones de hecho y de derecho. Anote el número que en el Registro Civil se verificó su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa o causas de defunción, anote la (el) fallecido(a) de 12 años y más en relación con las parejas y obligaciones legales y de sustento del país, respecto de su estado civil matrimonial, indique con claridad las condiciones de hecho y de derecho. Anote el número que en el Registro Civil se verificó su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".

PARTE I. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE II. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE III. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE IV. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE V. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE VI. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE VII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE VIII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE IX. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE X. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XI. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XIII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XIV. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XV. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XVI. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XVII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XVIII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XIX. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XX. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXI. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXIII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXIV. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXV. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXVI. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXVII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXVIII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXIX. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXX. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXXI. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXXII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXXIII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXXIV. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXXV. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXXVI. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXXVII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXXVIII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XXXIX. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XL. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XLI. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XLII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XLIII. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XLIV. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

PARTE XLV. Datos de identificación de la persona fallecida y de la defunción. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y en 00/00 anote la edad cuando se completó el nivel de estudios. En caso contrario seleccione "Ninguno".

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

999999999

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO				FOLIO 999999999	
1. NOMBRE DE LA QUINCE (OBTENIR)					
2. PRESENTACIÓN		3. SEXO		4. HUESTRU ENTREGA	
5. CATEGORÍA		6. SEXO		7. ASISTENTE SOCIAL	
8. CATEGORÍA		9. NACIONALIDAD		10. SITUACIÓN FAMILIAR	
11. SITUACIÓN FAMILIAR		12. SITUACIÓN FAMILIAR		13. SITUACIÓN FAMILIAR	
14. SITUACIÓN FAMILIAR		15. SITUACIÓN FAMILIAR		16. SITUACIÓN FAMILIAR	
17. SITUACIÓN FAMILIAR		18. SITUACIÓN FAMILIAR		19. SITUACIÓN FAMILIAR	
20. SITUACIÓN FAMILIAR		21. SITUACIÓN FAMILIAR		22. SITUACIÓN FAMILIAR	
23. SITUACIÓN FAMILIAR		24. SITUACIÓN FAMILIAR		25. SITUACIÓN FAMILIAR	
26. SITUACIÓN FAMILIAR		27. SITUACIÓN FAMILIAR		28. SITUACIÓN FAMILIAR	
29. SITUACIÓN FAMILIAR		30. SITUACIÓN FAMILIAR		31. SITUACIÓN FAMILIAR	
32. SITUACIÓN FAMILIAR		33. SITUACIÓN FAMILIAR		34. SITUACIÓN FAMILIAR	
35. SITUACIÓN FAMILIAR		36. SITUACIÓN FAMILIAR		37. SITUACIÓN FAMILIAR	
38. SITUACIÓN FAMILIAR		39. SITUACIÓN FAMILIAR		40. SITUACIÓN FAMILIAR	
41. SITUACIÓN FAMILIAR		42. SITUACIÓN FAMILIAR		43. SITUACIÓN FAMILIAR	
44. SITUACIÓN FAMILIAR		45. SITUACIÓN FAMILIAR		46. SITUACIÓN FAMILIAR	
47. SITUACIÓN FAMILIAR		48. SITUACIÓN FAMILIAR		49. SITUACIÓN FAMILIAR	
50. SITUACIÓN FAMILIAR		51. SITUACIÓN FAMILIAR		52. SITUACIÓN FAMILIAR	
53. SITUACIÓN FAMILIAR		54. SITUACIÓN FAMILIAR		55. SITUACIÓN FAMILIAR	
56. SITUACIÓN FAMILIAR		57. SITUACIÓN FAMILIAR		58. SITUACIÓN FAMILIAR	
59. SITUACIÓN FAMILIAR		60. SITUACIÓN FAMILIAR		61. SITUACIÓN FAMILIAR	
62. SITUACIÓN FAMILIAR		63. SITUACIÓN FAMILIAR		64. SITUACIÓN FAMILIAR	
65. SITUACIÓN FAMILIAR		66. SITUACIÓN FAMILIAR		67. SITUACIÓN FAMILIAR	
68. SITUACIÓN FAMILIAR		69. SITUACIÓN FAMILIAR		70. SITUACIÓN FAMILIAR	
71. SITUACIÓN FAMILIAR		72. SITUACIÓN FAMILIAR		73. SITUACIÓN FAMILIAR	
74. SITUACIÓN FAMILIAR		75. SITUACIÓN FAMILIAR		76. SITUACIÓN FAMILIAR	
77. SITUACIÓN FAMILIAR		78. SITUACIÓN FAMILIAR		79. SITUACIÓN FAMILIAR	
80. SITUACIÓN FAMILIAR		81. SITUACIÓN FAMILIAR		82. SITUACIÓN FAMILIAR	
83. SITUACIÓN FAMILIAR		84. SITUACIÓN FAMILIAR		85. SITUACIÓN FAMILIAR	
86. SITUACIÓN FAMILIAR		87. SITUACIÓN FAMILIAR		88. SITUACIÓN FAMILIAR	
89. SITUACIÓN FAMILIAR		90. SITUACIÓN FAMILIAR		91. SITUACIÓN FAMILIAR	
92. SITUACIÓN FAMILIAR		93. SITUACIÓN FAMILIAR		94. SITUACIÓN FAMILIAR	
95. SITUACIÓN FAMILIAR		96. SITUACIÓN FAMILIAR		97. SITUACIÓN FAMILIAR	
98. SITUACIÓN FAMILIAR		99. SITUACIÓN FAMILIAR		100. SITUACIÓN FAMILIAR	

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

10/21

☐

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

[illegible]

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



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

- Debe ser expedido por un(a) médico, 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 quieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.

- Para el llenado de este Certificado, se debe con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recuente al expediente clínico de la madre o gestante para obtener (o coleccionar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares al original y las dos primeras copias con la autorización de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certifica la muerte fetal para integrar la información de mortalidad 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.
- Recomendaciones:
- Escribir con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), use una letra de medida, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni signos salvo los de puntuación.
 - Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para la legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,3,4,5,6,7,8,9).
 - En los campos de Fecha, el orden de registro es día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, (ejemplo: para 1 de septiembre de 2010 anote [01/09/2010]). Registre usando Información parcial, llenando con "nuevos" los campos de la información desconocida, (ejemplo: si es posible calcular solo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [5.9 / B / B / 2016]).
 - Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
 - Para las preguntas con opciones que tengan "X" (checkboxes) se debe explicar de forma clara la información que se solicita, en el espacio asignado para tal fin.
 - Marque con una "X" al círculo de "Si ignoró" si tenía los expedientes con "muerte" en el caso de datos numéricos, **exp. cuando se desconoce la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
 - Para los campos anota: 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. 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. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719.

2. **EDAD GESTACIONAL.** Ancla la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación.

- hacer el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. **PESO.** Anote en gramos el peso del producto. Anote si el producto pesó 450 gramos, anote 0, 4, 5, 0, si pesó 1 kilo 200 gramos anote 1, 2, 0, 0. No registre con otra unidad de medida (libra = 1000 gramos).
4. **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.
5. **ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o del feto, o del producto, o del embarazo.
6. **ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abradón o destrucción superficial que al tocarse se separa.
7. **¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
8. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote 1, 6, 0, 5.
9. **SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si 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 (CUES).
10. **PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
11. **¿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).
12. **FIRMA DE LA O AUTORIZANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autografiada y se debe de planear en todas las hojas del Certificado (copias y originales).
13. **CAUSAS(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir al marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre, feto o al producto. Cíele en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal calificado".

PARTE I En la línea 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 anótada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "decedo" o (o como consecuencia de), o cual índice que la persona que muere en la línea anotada, se debe o no como consecuencia de la que vivió o sobrevivió después 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. EMERGE LAS PRUEBAS. ¿Qué nos dicen estas pruebas? ¿Qué conclusiones podemos extraer? ¿Qué nos indican estas pruebas sobre la enfermedad? ¿Cómo la podemos tratar?		Señalamos el diagnóstico y el pronóstico	
PARTE I Carbónilado (Red o retículo, que usualmente se ve en la leucemia) Carbónilado biliares o carbonílos que se originan en la zona distal de la cadena de síntesis de colesterol, que se acumulan en el citoplasma de las células.	H M M A	Hemorragia intraventricular Indicador de la causa traumática del Rigidez intraventricular Indicador de la causa traumática del Rigidez intraventricular Indicador de la causa traumática del Rigidez intraventricular Indicador de la causa traumática del Rigidez intraventricular Indicador de la causa traumática del	2a 3a 4a 5a 6a
PARTE II Los datos clínicos y los datos de las pruebas de laboratorio indican que la enfermedad es de tipo traumático. La lesión es de tipo traumático y se ha producido una hemorragia intraventricular.	H M M A	Hemorragia intraventricular Indicador de la causa traumática del Rigidez intraventricular Indicador de la causa traumática del Rigidez intraventricular Indicador de la causa traumática del Rigidez intraventricular Indicador de la causa traumática del Rigidez intraventricular Indicador de la causa traumática del	2a 3a 4a 5a 6a

22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como afroamericana/o.
23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además de español.
25. 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 tiene escolaridad marque la opción "Ninguna".
31. ¿HAY UN TRABAJO HABITUAL? Anote la ocupación principal, ejemplar: ama de casa, maestra, etc. En 31.1 marque la opción "SI" cuando la madre o gestante tiene un trabajo o labora en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que penda o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante, se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los/as hijos/as a estudiar, retarda, 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 (s) informante(s) menciona que la madre o gestante no tiene 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 éste quede correspondiente con la opción registrada en la pregunta 32.
33. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, 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. 33.1 cuántas/os hayan nacido muertas/os. 33.2 cuántas/os hayan nacido vivas/os y 33.3 cuántas/os sobrevivien.
34. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotarse en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 36-41. DATOS DEL CERTIFICADO. No omita ningún dato que la (s) identifique. La firma de la (s) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafo 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.

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

999999999

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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

1. SEXO Masculino ☐ Femenino ☐		2. EDAD GESTACIONAL Semana(s) Día(s)		3. PESO Kilogramos		4. DE UN EMBARAZO Extraparto ☐ Parto ☐ Aborto ☐		5. ATENCION PRENATAL Si ☐ No ☐		6. TIPO DE CONSULTA Normal ☐ Emergencia ☐	
7. LA MUJER PRESENTA DOLOR Abdominal ☐ Lumbosacral ☐		8. TIPO DE EMBARAZO Normal ☐ Anómalo ☐		9. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		10. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		11. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		12. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
13. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		14. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		15. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		16. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		17. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		18. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
19. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		20. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		21. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		22. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		23. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		24. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
25. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		26. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		27. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		28. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		29. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		30. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
31. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		32. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		33. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		34. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		35. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		36. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
37. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		38. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		39. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		40. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		41. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		42. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
43. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		44. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		45. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		46. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		47. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		48. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
49. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		50. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		51. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		52. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		53. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		54. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
55. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		56. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		57. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		58. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		59. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		60. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
61. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		62. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		63. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		64. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		65. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		66. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
67. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		68. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		69. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		70. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		71. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		72. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
73. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		74. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		75. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		76. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		77. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		78. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
79. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		80. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		81. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		82. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		83. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		84. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
85. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		86. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		87. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		88. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		89. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		90. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
91. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		92. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		93. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		94. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		95. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		96. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	
97. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		98. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		99. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		100. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		101. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐		102. TIPO DE PARTO Normal ☐ Anómalo ☐	

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

DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTUATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN ANTES DE LA EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN CON PLACENTA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI MUEVA OTRA SEÑAL DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-9, VOLUMEN 2).

• Debe ser expedito por un representante, preferentemente, por la red que atiende a la solicitud de atención, para producirse el perfil de 22 semanas de gestación, de ser posible verifica productos de 21 semanas a término, si los países requieren los datos para dicho estudio final. En los lugares donde no hay métodos para su estudio, por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.

- [illegible]

2. **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación.

1. **FECHA Y MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN DEL PRODUCTO.**
PEBO. Anote en gramos el peso del producto (pémbalo). Si el producto pesa 450 gramos, anote 0.4.5.0. si pesa 1.116.333 gramos anote 1.1.1.6.3.3.3. Registre con una unidad de medida (litro = 1000 gramos).
2. **ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control de embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
3. **ESTE EMBARAZO FUE:** Se clasifica como embarazo complicado si el en condiciones de evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o del feto/gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
4. **ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especifique el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel palida, amagada, con abultamiento o desdoblamiento superficial que al separarse se separa.
5. **¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para todos los feto/fetos, ya sea por causas naturales o por causas externas (posiblemente evidentes).
6. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del evento en formato de 24 horas de 00 a 23 y parte los minutos de 00 a 59 ejemplo, si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote 11.6.0.5.
7. **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 8.1 y en 8.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
8. **PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
9. **¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la columna "SI" en caso de haber evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial, u sexual).
10. **FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante se debe categorizar obligatoriamente, debe ser autografiada y se debe de presentar en los anexos del expediente. Certificado con una y tres copias.
11. **CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una causa o causas en esta sección. Si se emitió el informe con una "X" en las columnas de la causa o causas atribuida a maltrato obstétrico al producto. Deje en blanco el recuadro para Uso exclusivo del personal del hospital.
- PARTE I.** En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre o gestante que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa atribuida en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a", (como ejemplo: debido a "X", o cual indica que la causa que aparece en la línea superior, no debe ser necesariamente de la que se haya o registren 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 anteriores en la PARTE I. Marque.

[illegible]

22. ¿SE RECONOCE COMO AFRODESCENDIENTE? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afrodescendiente.
23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" 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 "SI" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
25. RESIDENCIA HABITUAL. Ante la dirección como está de vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Si éste corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Endrizco Federativo" el nombre del país.
26. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, en 2011, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no sabe o no recuerda marque la opción "Nunca".
27. OCUPACIÓN HABITUAL. Ante la ocupación principal, secundaria, tercera, etc. En 2011, marque la opción "SI" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o labor en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que pague o no impuestos. Marque "No" cuando la madre o gestante, se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos/as, a estudiar, retiro, etc.
28. 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 mujer no tiene afiliación alguna a servicios de salud. En 2012, anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibió la atención, asegure que este código corresponde a la opción registrada en el pregnata 32.
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJOS/A (NÚMERO). Ante 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 cuántos hayan nacido muertos/as, 34.2 cuántos hayan nacido vivos/as y 34.3 cuántos sobreviven.
30. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Se elige "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotarse en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
31. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. No anotar ningún dato que le da la identidad. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio y se autografa y se debe de plasmar en todas las copias del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio señalar el número de su folio profesional.
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Ante el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe de ser anterior a la fecha de nacimiento del niño.

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

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN ANTES DE SU EXPULSIÓN O EXTRACTACIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ES LA INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MUSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLÚMEN 3).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por la(s) persona(s) que atendió la expulsión o extracción, para productos o partos de 22 semanas de gestación o más; los certificados producidos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para fines de otro tipo. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, sustente con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurre en una unidad médica, consulte la expedición clínica de la madre o gestante para obtener (o coleccionar) la información.
- Elene en original y tres copias: entregue a las familiares el original y las dos primeras copias con la información de llevar al Registro Civil para llenar el formato de información de defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para registrar la información de mortalidad del Estado Salud y posteriormente registrarla en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la(s) persona(s) está(án) obligada(s) a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul no ofrezca pluma de goma, usando letra de molde, clara y legible y con máquina de escribir. No use abreviaturas ni símbolos ni signos salvo los de puntuación.
- Escriba sobre una sola página plana y lineal, presentando el escrito para legibilidad de las copias; asegure que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números, utilice arábigos. (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de fecha, el orden de registro sea día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2019 anote [01/09/2019]. Registre incluso información personal, llenando con ceros a la izquierda los espacios de la información documentada, ejemplo: sea posible coloque una unidad de la expulsión o extracción [2019] anote [00] [00] [00] [00].
- Marque con una "X" solo la opción correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan "falta de" o "se debe" o "no se debe" en la forma de la información que se solicita, en el espacio asignado para la "X".
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" en los espacios con "falta de" o "se debe" en el caso de datos numéricos. No se debe desconocer la información y después registrar todos los campos para el llenado.
- Para los datos personales de la madre o gestante: Celia, Rosendo, Domingo, Concepción, Legrand, Guadalupe, Patricia, Rodríguez, Nochebuena, Valdez, Juan, Rivera, de 450 e interior al apdo. de, 2, 28, 00. Tipo de asentamiento: urbano (U), o rural (R), Fraccionamiento, Puesto, Ejido, Ranchería, Piedad, Unión Habitacional, Nombre del asentamiento, Calle, Pista, Carretera, Municipio o localidad y límites territoriales, no la ciudad, municipio o estado, en su caso, en su caso.
- Este documento no contiene FE DE ERRATAS y no debe levantarse, rasarse o emendarse.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresado en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la expulsión o extracción del producto.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, después de el producto pese 450 gramos, anote 0.4, 0.1, si pesa 1.4 o 300 gramos anote 1, 1, 3, 0, 0. No registre con una unidad de medida (kg = 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 3.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo; en caso afirmativo anote en 3.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE:** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, amagada, con abrasión o destrucción superficial que al tocar se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para la muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 (ejemplo: el ocurrido a las 4 de la tarde con 5 minutos anote 1, 4, 0, 5).
- BITO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especificar el lugar donde ocurrió lo ocurrido en 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 el Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Se describe el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "S", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, psicológica y/o sexual).
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- CAUSAS DE LA MUERTE FETAL.** Anote una o más causas en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si se trata de una causa o causas directamente o indirectamente relacionadas con la muerte fetal, pero que no fueron la causa principal de la muerte fetal.

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

PARTE II. Cuando aplique, anote con alguna otra enfermedad o afección, atribuida a la madre o 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:

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. Anote una o más causas en cada renglón. Si se trata de una causa o causas directamente o indirectamente relacionadas con la muerte fetal, pero que no fueron la causa principal de la muerte fetal, anote en la PARTE II, ejemplo:		Especifique si la causa fue:		Especifique si la causa fue:	
		PRINCIPAL		SECUNDARIA	
		O	N	O	N
a) Demencia interventricular (Anote la(s) causa(s) anterior(es))	b)	O	N	O	N
	c) Ruptura intratrabecular (Anote la(s) causa(s) anterior(es))	O	N	O	N
	d) Insuficiencia placentaria (Anote la(s) causa(s) anterior(es))	O	N	O	N
	e) Embarazo gestacional	O	N	O	N
OTRO (Anote cualquier otra causa que contribuya a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo: Tabaquismo)		O	N	O	N

- ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "S" en caso de que la madre o gestante se autoconoce como afroamericana.
- ¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "S" en caso de que la madre o gestante se autoconoce como indígena de acuerdo a su cultura.
- ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "S" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, sea como única lengua o mezcla del español.
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside 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.
- ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indica el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no hubiera escolaridad, marque la opción "ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero, masista, etc. En 31.1 marque la opción "S" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o labor en un negocio formal o por su cuenta, independientemente de que pague o no impuestos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedique a quehaceres del hogar o a cuidados de otros (físico, intelectual, emocional).
- AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la madre o gestante no tenga afiliación a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción con la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HUAJOS (NÚMERO).** Anote el número de hijos que ha tenido la madre o gestante independientemente de que a la fecha estén vivos o no; en 34.1 cuántos hayan nacido muertos; 34.2 cuántos hayan nacido vivos y 34.3 cuántos sobreviven.
- ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Seleccione "No" si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado; en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que a (el) certificante. La firma de la (del) es suficiente es de carácter obligatorio, sea autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de instituciones o clínicas, se requiere la constancia del número de su cédula profesional.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado; por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
999999999

LA MUERTE FETAL NO PUEDE REGISTRARSE POR UNA UNIDAD MÉDICA. EL CERTIFICANTE DEBE SCRIBIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 15 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPERIENCIA.

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

1. SEXO Masculino ☐ Femenino ☐		2. EDAD GESTACIONAL Semana(s) Día(s)		3. PESO Kilogramos		4. DE UN EMBARAZO Primerizo ☐ No primerizo ☐		5. TIPO DE EMBARAZO Normal ☐ Pre-eclámpsico ☐ Gestacional ☐		6. TIPO DE PARTO Vaginal ☐ Cesárea ☐		7. VALOR DE LA VIDA Vital ☐ No vital ☐	
8. TIPO DE EMBARAZO Normal ☐ Pre-eclámpsico ☐ Gestacional ☐		9. TIPO DE PARTO Vaginal ☐ Cesárea ☐		10. TIPO DE EMBARAZO Normal ☐ Pre-eclámpsico ☐ Gestacional ☐		11. TIPO DE PARTO Vaginal ☐ Cesárea ☐		12. TIPO DE EMBARAZO Normal ☐ Pre-eclámpsico ☐ Gestacional ☐		13. TIPO DE PARTO Vaginal ☐ Cesárea ☐		14. TIPO DE EMBARAZO Normal ☐ Pre-eclámpsico ☐ Gestacional ☐	
5. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												6. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
10. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? En casa ☐ En clínica ☐ En hospital ☐												11. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? En casa ☐ En clínica ☐ En hospital ☐	
1. ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Vaginal ☐ Cesárea ☐												2. ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Vaginal ☐ Cesárea ☐	
13. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												14. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
15. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												16. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
17. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												18. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
19. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												20. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
21. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												22. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
23. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												24. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
25. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												26. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
27. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												28. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
29. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												30. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
31. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												32. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
33. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												34. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
35. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												36. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
37. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												38. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
39. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												40. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
41. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												42. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
43. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												44. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
45. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												46. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
47. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												48. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
49. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												50. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
51. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												52. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
53. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												54. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
55. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												56. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
57. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												58. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
59. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												60. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
61. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												62. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
63. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												64. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
65. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												66. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
67. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												68. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
69. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												70. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
71. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												72. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
73. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												74. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
75. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												76. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
77. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												78. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
79. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												80. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
81. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												82. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
83. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												84. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
85. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												86. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
87. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												88. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
89. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												90. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
91. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												92. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
93. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												94. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
95. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												96. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
97. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												98. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	
99. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐												100. ¿FUE POR DE SUCESO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Sí ☐ No ☐	

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

DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO), ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO. LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NADA ALIMENTA, NI MUEVE UNA ÚNICA CÉLULA VIVA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL, O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, 10 E-10, VOLUMEN 2).

• Debe ser expulso por un médico, preferentemente por la Jefe que asistió a la expulsión o directamente por el personal a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para dudar del diagnóstico). En los lugares donde no haya médico podrá ser expulso por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.

- [illegible]

2. **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contadas a partir de la fecha de la última menstruación.

1. Incluir el momento de la extracción o expulsión del producto.
2. PÉD. Anotar en gramos al peso del producto, especificar si el producto pesó 450 gramos o menos, anotar [3, 4] y [5], si pesó > 450 g anotar 500 gramos o más [1, 2] O No registre con una unidad de medida de 1 litro – 1000 gramos
3. ATENCIÓN PRENATAL. En 51 marcas clasificadas no aplican en prenatal para la Vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anotar en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo
4. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado cuando la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la p el moderada se refiere a una piel palida, amagada, con áreas de o desti color superficial que al tocar se separa
- 7.2 ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA?. Es un estudio realizado post mortem sobre el cuerpo para causas naturales o por causas externas (accidentales o homicidios).
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anotar la hora de la expulsión o extracción, en formato de HH:MM:SS y para los minutos de 00 a 59 ejemplo, si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anotar: 16:05:00.
9. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especificar el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anotar el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Cve Unico de Establecimiento de Salud (CUES)
10. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Seleccione el procedimiento aplicado. Si indica la opción "otro" describa detallado el procedimiento usado.
11. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Anote una "X" en la opción "S", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, psicomotricidad y/o sexual).
12. FIRMA DE LA(DEL) INFORMANTE. La firma de la(los) informante(s) es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado original y tres copias.
13. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anotar una sola causa en cada renglón, sin repetir mayor por una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a una sola enfermedad o accidente. Una vez terminada la clasificación se debe escribir en el espacio correspondiente:

PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto de dos máximos y germinante que produjo directa mente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las aritméticas o sumas aritméticas en orden cronológico en la línea original y a su vez anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debe de ser la consecuencia de", la suma de

PARTE II. Cuando aplique, usted seguirá algunas de las instrucciones siguientes, dependiendo de la enfermedad o lesión que se produce, que puede haber contribuido a la muerte fetal, pero que no están relacionadas con las causas cronadas en la PARTE I. Siempre:

[illegible]

22. ¿SE RECONOCE COMO APROFINDERICANA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autoproclama 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 un idioma o acento del español.
25. RESIDENCIA HABITUAL. Ante la elección 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 "Lugar de nacimiento" el nombre de país.
26. 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. En su caso, la escolaridad incompleta, indique "Ninguna".
- 30.1. OCUPACIÓN HABITUAL. Ante la descripción apropiada, ejemplar de trabajo mensual, etc. En 30.1, marque la opción "SI" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o labora en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedica a las labores de hogar, cuidados de hijos, padres, a estudiar, retiro, etc.
31. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la opción de la que está afiliada la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la beneficiaria mantiene que la madre o gestante no tenga afiliación a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción correcta la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que éste sea acorde correspondiente con la opción registrada en la pregunta 32.
32. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJOS (NIJOS). Anote el número de hijas que ha tenido la madre o gestante, independientemente de que a la fecha estén vivas o no. 34.1 cuántos hijos hayan nacido muertos. 34.2 cuántos hijos hayan nacido vivos y 34.3 cuántos hijos sobrevivien.
35. VIVE LA MADRE O GESTANTE? Marque con una "X" la opción "SI" cuando la madre o gestante, al momento de la elección de esta alternativa, en caso de haber fallecido en 35.1 el número de años del Certificado de Defunción.
- 35-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que se pida y defina. La firma de la (del) certificador 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 certificados médicos es obligatorio anotar el número de su identificación profesional.
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Ante el día, mes y año de expedición de Certificado, por persona o medio de acceso a información.

INIF: Informes, CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud, CURP: Cava Única de Registro de Población

19/21



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE DEFUNCIÓN

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

Código
QR

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**

CURP de la madre o gestante

Fecha de certificación

Folio

Fecha de expulsión

Semanas de gestación

Firma electrónica de la (del) certificante

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

Sello electrónico de la Unidad Médica

Cadena original

Código
QR

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