

**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 del certificado de defunción y de muerte fetal en su versión física y electrónica, de conformidad con las disposiciones jurídicas que para tal efecto emita la DGIS.

### TRANSITORIOS

**PRIMERO.** El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del 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

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 SUJETOS DELIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS DELIGADOS.

999999999

Formulario de Certificación de Defunción with sections: 1. NOMBRE DE LA DELEGACIÓN, 2. FECHA DE SUCESO, 3. SEXO, 4. IDENTIFICACIÓN, 5. COLECCIÓN COMO INTERESANTE, 6. TIPO DE DEFUNCIÓN, 7. TIPO DE DEFUNCIÓN, 8. TIPO DE DEFUNCIÓN, 9. TIPO DE DEFUNCIÓN, 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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD









### INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

#### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este es un espacio de uso restringido, de propiedad por el Estado y al que hay que prestar la máxima atención por el que hay acceso al fallecimiento. En lapsos de 16 horas hábiles, podrá ser expedido por otra persona autorizada por el Secretario de Salud.
- De acuerdo a la NOM-039-S5A2-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se acredite el cuerpo, según aplica.
- Para el llenado de este Certificado debe contarse con la información proporcionada por un familiar o personal legalmente responsable de la (el) fallecido/a sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, no, ma al correspondiente clínico para obtener la información.
- Hacer un original y tres copias, entregarse en triplicado al registro y los tres primeros ejemplares con la información de la defunción. Registrarlos para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certifica la defunción para integrar la información de mortales de Sector Salud y actualizar la segunda copia en el espacio de clínica 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 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel) usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, preferentemente escribir para legibilidad de los datos. Verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de fecha, el orden de registro es día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo para 5 de marzo de 2018 escriba 05/03/2018. Registre y incluya información exacta, llenando con "nuevos" los espacios de la información desconocida, ejemplo si se desconoce el año del nacimiento (2010) escriba: **NS/NS/01/01**.
- Marque con una "X" el círculo de "Reconocimiento" para los expedidos con "nuevos" en el caso de haber suministrado, según corresponda, la información y después de acordados los datos con el registro.
- Para las preguntas con opciones que tengan "asteriscos" se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los datos de los analitos: Tipo de vivienda (e), Calle, Avenida, Carretera, Diagonal, Casada, Residencial, Boulevard, Nombre de la vivienda, Núm. Exterior (e), Interior (e), calles (e), 21, 2A, CD, "Lugar de asentamiento humano (e)", Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional, Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Ciudad y Entidad Federativa. No se anotan "comunidad indígena".
- Para uno de los analitos de esta sección, escríbalo y póngalo entre comillas, ejemplo: Menéndez y Fernández. Certificado de Defunción y Muerte Libre.
- Este documento continúa "FE DE ERRATAS" y no debe leerse hasta tener terminadas.

#### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A):** Anote el nombre completo (el más preciso en el Acta de Nacimiento). En el caso de que se (el) fallecido/a sea una (a) menor nacido/a en Aztlán, anote "Recién nacido(a)" en el lugar de nacimiento y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los nombres para la identificación de la persona, digan en los últimos espacios correspondientes y poner la opción "Nombres desconocidos".
- ENTIDAD DE NACIMIENTO:** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecido/a. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
- ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA(O)?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido/a se auto-reconociera como afro-mexicana(o).
- ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?** 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 INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido/a hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además de español. Para casos de menores de 5 años, registrar si alguno de los padres se reconoce como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
- EDAD CUMPLIDA:** Registre la edad cumplida y tiene con comillas la fracción en caso de tener meses o semanas. Cuando la edad cumplida sea desconocida, poner al menos se conoce que la (el) fallecido/a era ARCO, MESO, DINO, etc. (tiene con mayúsculas los espacios correspondientes, ejemplo para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9/9/9). Marque la opción "Se ignora" después de que se agoten las opciones para describir la edad. Para menores de 28 días de nacido/a: 01, 1. Anote el Año del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 caracteres y para un certificado al preces Chinos 5 caracteres, 10.2. Anote la semana de gestación y 10.3. Anote el peso al nacer en gramos.
- SITUACIÓN CONYUGAL:** Situación de la (del) fallecido/a de 12 años más o más con relación con los derechos y obligaciones legales y de cumplimiento del deber, respecto de la unión o matrimonio. Indique por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Anote el nombre que en el Registro Civil está certificado su estado conyugal. En caso de no estar seleccionado "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL:** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la (el) fallecido/a. Si esta corresponde a un país extranjero a México, anotar en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre de la país.
- ESCOLARIDAD:** Esta pregunta aplica para fallecidos/as de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indica el nivel máximo de estudios de la (del) fallecido/a y en 13.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Marque con una "X" la opción que indica si el nivel máximo de estudios de la (del) fallecido/a fue "Ninguno".
- OCCUPACIÓN HABITUAL:** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), manifiesto, etc. En 13.1 marque la opción "SI" cuando la (el) fallecido/a contaba con un trabajo o acuerdo en un negocio familiar o con su cuenta, independientemente de sus períodos de trabajo. Marque "No" cuando la (el) fallecido/a se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (del) hijas/os, a estudiar, jubilado/a, retirado/a, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:** Marque con una "X" la opción 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 autógrafo y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN:** Especificar la dirección completa de la defunción. Si ésta ocurrió en un lugar del medio público o proceso ante el registro de la misma en 13.1 y en 13.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN:** Para el registro de la fecha, realizar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: la defunción ocurrió a las 14 de la tarde con 3 minutos, anote (14:03).
- ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, anote inmediatamente la autoridad civil.
- TIPO DE DEFUNCIÓN:** No conteste a respuesta, **LA CAUSA SE DEBE REGISTRAR COMO UNA RESERVA DE LA AUTORIDAD.**
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN:** Anote una o más causas que originaron la muerte, en orden de importancia, tiempo que transcurrió entre el comienzo de cada causa y la llegada de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal certificado".

**27. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anote una sola causa en cada recuadro. Una en la columna de cada recuadro, ejemplo: paracetamol, alcohol, etc.)

<b>NOTAS:</b> Para la información y condición de cada causa de defunción en 28.2.2. Anote la fecha de ocurrencia de cada causa de defunción en 28.2.3. Si se anota la causa de defunción en 28.2.2, anote la fecha de ocurrencia de cada causa de defunción en 28.2.3.	<b>a) Paracetamol, alcohol, etc.</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>b) Intoxicación por drogas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>c) Intoxicación por medicamentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>d) Intoxicación por alimentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>e) Intoxicación por insectos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>f) Intoxicación por plantas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>g) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>h) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>i) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>j) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>k) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>l) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>m) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>n) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>o) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>p) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>q) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>r) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>s) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>t) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>u) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>v) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>w) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>x) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>y) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>z) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:				
	<b>1) Paracetamol, alcohol, etc.</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>2) Intoxicación por drogas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>3) Intoxicación por medicamentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>4) Intoxicación por alimentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>5) Intoxicación por insectos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>6) Intoxicación por plantas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>7) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>8) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>9) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>10) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>11) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>12) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>13) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>14) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>15) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>16) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>17) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>18) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>19) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>20) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>21) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>22) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>23) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>24) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>25) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>26) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>27) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>28) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>29) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>30) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:
	<b>31) Paracetamol, alcohol, etc.</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>32) Intoxicación por drogas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>33) Intoxicación por medicamentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>34) Intoxicación por alimentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>35) Intoxicación por insectos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>36) Intoxicación por plantas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>37) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>38) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>39) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>40) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>41) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>42) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>43) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>44) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>45) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>46) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>47) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>48) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>49) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>50) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>51) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>52) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>53) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>54) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>55) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>56) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>57) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>58) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>59) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>60) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:

**NOTAS:** Otras toxicaciones o acciones por drogas, medicamentos y/o plantas, anotarlas en el espacio de "Uso exclusivo del personal certificado".

**28. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:** (Anote una sola causa en cada recuadro. Una en la columna de cada recuadro, ejemplo: paracetamol, alcohol, etc.)

<b>1) Paracetamol, alcohol, etc.</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>2) Intoxicación por drogas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>3) Intoxicación por medicamentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>4) Intoxicación por alimentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>5) Intoxicación por insectos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>6) Intoxicación por plantas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>7) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>8) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>9) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>10) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>11) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>12) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>13) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>14) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>15) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>16) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>17) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>18) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>19) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>20) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>21) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>22) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>23) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>24) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>25) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>26) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>27) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>28) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>29) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>30) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:
---	--	--	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**29. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:** (Anote una sola causa en cada recuadro. Una en la columna de cada recuadro, ejemplo: paracetamol, alcohol, etc.)

<b>1) Paracetamol, alcohol, etc.</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>2) Intoxicación por drogas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>3) Intoxicación por medicamentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>4) Intoxicación por alimentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>5) Intoxicación por insectos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>6) Intoxicación por plantas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>7) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>8) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>9) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>10) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>11) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>12) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>13) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>14) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>15) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>16) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>17) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>18) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>19) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>20) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>21) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>22) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>23) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>24) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>25) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>26) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>27) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>28) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>29) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>30) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:
---	--	--	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**30. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:** (Anote una sola causa en cada recuadro. Una en la columna de cada recuadro, ejemplo: paracetamol, alcohol, etc.)

<b>1) Paracetamol, alcohol, etc.</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>2) Intoxicación por drogas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>3) Intoxicación por medicamentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>4) Intoxicación por alimentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>5) Intoxicación por insectos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>6) Intoxicación por plantas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>7) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>8) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>9) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>10) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>11) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>12) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>13) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>14) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>15) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>16) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>17) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>18) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>19) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>20) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>21) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>22) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>23) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>24) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>25) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>26) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>27) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>28) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>29) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>30) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:
---	--	--	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**31. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:** (Anote una sola causa en cada recuadro. Una en la columna de cada recuadro, ejemplo: paracetamol, alcohol, etc.)

<b>1) Paracetamol, alcohol, etc.</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>2) Intoxicación por drogas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>3) Intoxicación por medicamentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>4) Intoxicación por alimentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>5) Intoxicación por insectos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>6) Intoxicación por plantas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>7) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>8) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>9) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>10) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>11) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>12) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>13) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>14) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>15) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>16) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>17) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>18) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>19) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>20) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>21) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>22) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>23) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>24) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>25) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>26) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>27) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>28) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>29) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>30) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:
---	--	--	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**32. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:** (Anote una sola causa en cada recuadro. Una en la columna de cada recuadro, ejemplo: paracetamol, alcohol, etc.)

<b>1) Paracetamol, alcohol, etc.</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>2) Intoxicación por drogas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>3) Intoxicación por medicamentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>4) Intoxicación por alimentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>5) Intoxicación por insectos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>6) Intoxicación por plantas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>7) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>8) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>9) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>10) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>11) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>12) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>13) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>14) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>15) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>16) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>17) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>18) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>19) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>20) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>21) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>22) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>23) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>24) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>25) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>26) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>27) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>28) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>29) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>30) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:
---	--	--	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**33. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:** (Anote una sola causa en cada recuadro. Una en la columna de cada recuadro, ejemplo: paracetamol, alcohol, etc.)

<b>1) Paracetamol, alcohol, etc.</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>2) Intoxicación por drogas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>3) Intoxicación por medicamentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>4) Intoxicación por alimentos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>5) Intoxicación por insectos</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>6) Intoxicación por plantas</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>7) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>8) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>9) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>10) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>11) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>12) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>13) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>14) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>15) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>16) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>17) Intoxicación por otros</b> Debe a (o ser) consecuencia de:	<b>18) Intoxicación por otros</b> 
---	--	--	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
**999999999**

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

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. NO. DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL	
5. CLASE		6. UBICACIÓN DEL LUGAR DE DEFUNCIÓN		7. TIPO DE DEFUNCIÓN		8. TIPO DE DEFUNCIÓN	
9. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN		10. NACIONALIDAD		11. RELIGIÓN		12. ESTADO CIVIL	
13. OCUPACIÓN ACTUAL		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	

999999999

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





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

FORM 300  
FOLIO  
**999999999**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		2. EDAD GESTACIONAL Semanas <input type="text"/> Días <input type="text"/>		3. PESO Kilogramos <input type="text"/>		4. DE LA EMBAJAZO Espinosa <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/>		5. TIPO DE EMBAJAZO Útero <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/>		6. PREVENCIÓN PRIMARIA Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		7. Tipo de parto Normal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>	
8. ESTE EMBAJAZO FUE Normal <input type="radio"/> Complicado <input type="radio"/>		9. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del día <input type="text"/> Después del día <input type="text"/>		10. Estado de la vida fetal Normal <input type="radio"/> Anómalo <input type="radio"/>		11. Tipo de parto Normal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>		12. FECHA Y HORA DE LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		13. Tipo de parto Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>		14. Tipo de parto Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>	
15. TIPO DE EMBAJAZO 15.1 Tipo de embaajazo 15.2 Número de embaajazo humano 15.3 Localidad 15.4 Municipio 15.5 Estado													
16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN? 16.1 Tipo de embaajazo 16.2 Número de embaajazo humano 16.3 Localidad 16.4 Municipio 16.5 Estado													
17. ¿QUÉ R. ATRIBUYÓ LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN? 17.1 Tipo de embaajazo 17.2 Número de embaajazo humano 17.3 Localidad 17.4 Municipio 17.5 Estado													
18. ¿FUE OCUERRENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA HACIA LA MADRE O EMBAJAZO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>													
19. ACUERDO Materno <input type="radio"/> Fetal <input type="radio"/>													
20. PARIENTES CON EL PRODUCTO 20.1 Tipo de embaajazo 20.2 Número de embaajazo humano 20.3 Localidad 20.4 Municipio 20.5 Estado													
21. PRIVACIA DE LA INFORMACIÓN 21.1 Tipo de embaajazo 21.2 Número de embaajazo humano 21.3 Localidad 21.4 Municipio 21.5 Estado													
22. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL 22.1 Tipo de embaajazo 22.2 Número de embaajazo humano 22.3 Localidad 22.4 Municipio 22.5 Estado													
23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 23.1 Tipo de embaajazo 23.2 Número de embaajazo humano 23.3 Localidad 23.4 Municipio 23.5 Estado													
24. NOMBRE 24.1 Tipo de embaajazo 24.2 Número de embaajazo humano 24.3 Localidad 24.4 Municipio 24.5 Estado													
25. FECHA DE NACIMIENTO 25.1 Tipo de embaajazo 25.2 Número de embaajazo humano 25.3 Localidad 25.4 Municipio 25.5 Estado													
26. ENTIDAD DE NACIMIENTO 26.1 Tipo de embaajazo 26.2 Número de embaajazo humano 26.3 Localidad 26.4 Municipio 26.5 Estado													
27. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>													
28. NACIONALIDAD 28.1 Tipo de embaajazo 28.2 Número de embaajazo humano 28.3 Localidad 28.4 Municipio 28.5 Estado													
29. SITUACIÓN CONYUGAL 29.1 Tipo de embaajazo 29.2 Número de embaajazo humano 29.3 Localidad 29.4 Municipio 29.5 Estado													
30. RESIDENCIA HABITUAL 30.1 Tipo de embaajazo 30.2 Número de embaajazo humano 30.3 Localidad 30.4 Municipio 30.5 Estado													
31. ESCOLARIDAD 31.1 Tipo de embaajazo 31.2 Número de embaajazo humano 31.3 Localidad 31.4 Municipio 31.5 Estado													
32. APLICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 32.1 Tipo de embaajazo 32.2 Número de embaajazo humano 32.3 Localidad 32.4 Municipio 32.5 Estado													
33. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 33.1 Tipo de embaajazo 33.2 Número de embaajazo humano 33.3 Localidad 33.4 Municipio 33.5 Estado													
34. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 34.1 Tipo de embaajazo 34.2 Número de embaajazo humano 34.3 Localidad 34.4 Municipio 34.5 Estado													
35. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 35.1 Tipo de embaajazo 35.2 Número de embaajazo humano 35.3 Localidad 35.4 Municipio 35.5 Estado													
36. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 36.1 Tipo de embaajazo 36.2 Número de embaajazo humano 36.3 Localidad 36.4 Municipio 36.5 Estado													
37. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 37.1 Tipo de embaajazo 37.2 Número de embaajazo humano 37.3 Localidad 37.4 Municipio 37.5 Estado													
38. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 38.1 Tipo de embaajazo 38.2 Número de embaajazo humano 38.3 Localidad 38.4 Municipio 38.5 Estado													
39. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 39.1 Tipo de embaajazo 39.2 Número de embaajazo humano 39.3 Localidad 39.4 Municipio 39.5 Estado													
40. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 40.1 Tipo de embaajazo 40.2 Número de embaajazo humano 40.3 Localidad 40.4 Municipio 40.5 Estado													
41. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 41.1 Tipo de embaajazo 41.2 Número de embaajazo humano 41.3 Localidad 41.4 Municipio 41.5 Estado													
42. ¿FUE LA MADRE O EMBAJAZO? 42.1 Tipo de embaajazo 42.2 Número de embaajazo humano 42.3 Localidad 42.4 Municipio 42.5 Estado													

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



999999999

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**

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

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Debe ser expedido por un(a) médico(a), preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (los posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxiliarse con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico de la madre o gestante para obtener (o coleccionar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para llenar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente registrarla 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.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), use una letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números útiles arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote (0,1,0,9,2,0,1,6). Registre la información parcial llenando con "nuevos" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote (5,9,1,9,9,2,0,1,6).
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan " (saberlo) " se debe explicar de forma clara la información que se solicita, en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Saberlo" o lea los expedientes con "nuevos" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconoce la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios anote: Tipo de vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Pastoral, Boulevard), Nombre de la vivienda, Núm. Exterior (e, B2) o interior si aplica (ej. 21, 2A, 66), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Pueblo, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "dominio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS**

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación (base el momento de la extracción o expulsión del producto).
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesó 450 gramos, anote (0,4,5,0,0), si pesó 1 kilo 300 gramos anote (1,3,0,0,0). No registre con otra unidad de medida (libras o 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ¿SE PRESENTÓ LESIÓN 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 tocarla se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote (1,9,0,5).
- 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 (CLUES).
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "SI" en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- CAUSAS (S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre/gestante o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

**PARTE I.** En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre o gestante que produjo directamente a muerte, en las líneas b) e) y d) debe registrar las entidades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "Saberlo" o "No como consecuencia de)", o cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o se consecutivamente de la que vaya a registrar debajo de ella.

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

EL CASO DE LA MUERTE FETAL. (Indicar una sola causa en cada renglón. Sólo calificar una causa (aquella que sea directa, indirecta o atribuible a la madre/gestante o al producto).)		Se atribuyó a la madre/gestante o al producto		Código CIE	
		SI	NO		
<b>PARTE I</b> Causa fetal o materna que causó directamente la muerte  Causas atribuibles a la madre o gestante o al producto que causó directamente la muerte  Causas que no son atribuibles a la madre o gestante o al producto	X				
	Hemorragia intraventricular <small>Indice el tipo de hemorragia</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Hipoxia intruterina <small>Indice el tipo de hipoxia</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Insuficiencia placentaria <small>Indice el tipo de insuficiencia</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Hipertensión gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>PARTE II</b> Otras enfermedades que contribuyeron a la muerte o que causaron directamente la muerte o que causaron indirectamente la muerte o que causaron directamente la muerte	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

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



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		2. EDAD GESTACIONAL Semanas <input type="text"/> Días <input type="text"/>		3. PESO Kilogramos <input type="text"/>		4. DESEMBAZADO Episiotomía <input type="radio"/> Episiotomía parcial <input type="radio"/> Episiotomía completa <input type="radio"/>		4.1. D. Embarazo fue Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>		5. ATENCIÓN EMERGENCIAL Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		6. Tipo de cesárea Normal <input type="radio"/> No normal <input type="radio"/>											
5. ESTE EMBARAZO FUE Planificado <input type="radio"/> No planificado <input type="radio"/>		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> Durante el parto <input type="radio"/> Después del parto <input type="radio"/>		8. Estado de salud del producto Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>		9. ¿Se usó fórceps o succión? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		8. PRIMER Y ÚLTIMO DÍA DE LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos Segundos															
9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN Hospital <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Desahogado <input type="radio"/>												9.1 Nombre de la ciudad o ciudad		9.2 Estado de la entidad federativa		9.3 Crea un código Postal (Código Postal)		9.4 Municipio		9.5 Tipo de asentamiento humano		9.6 Nombre y dirección del domicilio	
12. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN 9.7 Tipo de vivienda 9.8 Número de la vivienda 9.9 Municipio 9.10 Calle 9.11 Estado												9.12 Tipo de asentamiento humano		9.13 Municipio y dirección		9.14 Unidad habitacional							
11. ¿QUÉ MOTIVO LEVANTÓ LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN? Medicamento pre-colecisto <input type="radio"/> Crisis convulsiva <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Crisis <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>												12. PROCEDIMIENTO PARA LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN Profesional materno <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Sembrado <input type="radio"/> Parto asistido <input type="radio"/> Parto normal <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
14. NOMBRE Apellido Paterno Apellido Materno Apellido Segundo			15. PAÍSES CON CL. PRODUCTO			16. FIRMA DE LA DEBE INFORMANTE																	
17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Puede haber más de una, pero no debe ser más de 4. Debe ser en concordancia con el diagnóstico de la causa de la muerte fetal) PARTE I Causas inmediatas (Directas) Causas intermedias (Indirectas) Causas remotas (Indirectas) PARTE II Otros factores patológicos significativos del feto o de la madre o gestante que contribuyeron al parto o a la muerte fetal. Llave exclusiva del personal calificador												18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código ICD-10)		19. Causa de la muerte fetal Código ICD-10									
19. NOMBRE Apellido Paterno Apellido Materno Apellido Segundo						20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año																	
21. EVENTO DE NACIMIENTO Vivo <input type="radio"/> Muerto <input type="radio"/>		22. ¿SE RECORDÓ COMO AFRICANO O ASIAÁTICO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		24. ¿HUBO ALGUNA LESIÓN LABORAL INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		25. CURP															
26. EDAD (Años)		27. RITMO DE COMUNIDAD Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>		28. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>		29. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/>																	
30. ¿SE ENFERMO DURANTE EL EMBARAZO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		31. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez		32. NOMBRE DE LA CIUDAD		33. MUN. EST.		34. TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO															
35. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/>		36. LA ESCOLARIDAD ESTABA COMPLETA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		37. OCUPACIÓN HABITUAL Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		38. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Seguro Popular <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/>		39. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez		40. ¿TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO?													
41. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez		42. ¿TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO?		43. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez		44. ¿TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO?		45. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez															
46. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez		47. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez		48. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez		49. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez		50. ¿TIPO DE VALIDEZ? Tipo de validez															

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



999999999

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFINICIÓN FETAL (FETO MORTUATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN 4 YTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE EL CUERPO DEL PRODUCTO, LLEGO A SU MORTALIDAD SIN NINGUNA OTRA LESIÓN DEL VÍSCEROS DEL CORAZÓN, PULMONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES.

- Debe ser expedido por una autoridad, generalmente, por la ley que otorga la facultad de expedición para el producto a partir de 22 semanas de gestación, que puede verificarse por medio de 21 semanas y tres días, si las semanas se cuentan desde el inicio de la vida gestacional. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por una persona autorizada por el Secretariado de Salud.
• Para el llenado de este Certificado, suministrará la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica, deberá proporcionar la información solicitada para obtener la copia de la información.
• Una vez otorgado y firmado, entregará el original y un tercer ejemplar, cada uno, a la autoridad de Registro Civil para llenarlo y el primer ejemplar, a la familia. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad de Salud Pública y posteriormente registrarse en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado es expedido 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.
• En caso de firma negra o azul, se utilizará el sello de goma, usando tinta de modo claro y legible o con máquina de escribir, no use abreviaturas ni símbolos ni signos, salvo los de puntuación.
• En caso de firma a su nombre, presione el sello para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números o cifras, registre 0 (Cero), 1 (Uno), 2 (Dos), etc.
• 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 el 1 de septiembre de 2018 anote [01/09/2018]. Registre mes y año con ceros a la izquierda con "meses" en el espacio de la información de sexo de ejemplo: si es posible registrar solo el año de la fecha en el espacio (CIE-10, campo: 9A1) [9/2018].
• Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
• Para los procedimientos que tengan "gestación" debe explicarse de forma clara la información que se solicita, en el espacio designado para tal fin.
• Marque con una "X" el círculo de "Si ignora" a menos los espacios con "nuevos" en el caso de otros números, solo cuando se desconoce la información y debe de registrar los nuevos y sus antecedentes.
• Para los sistemas de salud: (Prevalencia de Ceto Acidosis, Control Diabetes, Desplazamiento, Ginecología, Neonatal, Neumología, Nefrología, Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía). Tipo de asentamiento humano (el Gobierno, Fincanciamiento, Puerto, El Dorado, Pueblo, Unidad Habitacional, Nombre del asentamiento: Dólar, Piedad, Invidual, Municipio y Abasco y Piedad Habitacional, Población: "Cinco mil novecientos", en su caso, en abreviadas.
• Este documento contiene "FE DE ERRATA" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto (ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0\_4\_5\_0\_], si pesa 1\_116\_300 gramos anote [1\_1\_1\_0\_0\_]). No registre con otra unidad de medida (kg, g, 1000 gramos).
5. 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.
6. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado si en cualquier momento de 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 piel macerada se refiere a una piel pedregada, amagada, con abrasión o deshidratación superficial que al tocarse se separa.
7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 0 minutos anote [1\_6\_10\_5\_].
9. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especificar 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).
12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Anote una "X" en la opción "Si" en caso de haber evidencia de violencia doméstica emocional, física, económica, patrimonial, y sexual.
13. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafo y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
17. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcador con una "X" en las columnas de la derecha si se le atribuye a una o más causas y al producto. Deje en blanco el espacio para "uso exclusivo del personal confiado".
PARTE I. En la línea a) se debe de registrar la relación del producto o de la madre o gestante que produjo directamente la muerte, en las líneas b) c) y d) debe registrar las intermedias o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa directa, en la línea a) como ayuda deberá de las líneas a) b) y c) se indica la leyenda "debido a, (o) como consecuencia de", a cual indica que la causa que aparece en la línea superior, se debe a las mencionadas de la que sigue a registro o relación de ellas.
PARTE II. Cuando aparezca alguna otra enfermedad significativa, 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, señale:

Tabla de causas de la muerte fetal con columnas para 'Debido a la causa', 'Como consecuencia de', y 'Otra'. Incluye categorías como Hemorragia intraventricular, Hipoxia intraventricular, Insuficiencia placentaria, y Hipertensión gestacional.

- 22. ¿SE RECONOCE COMO AFROHISPÁNICO/A? Marque con una "X" la opción "Si" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como afrohispánico/a.
23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Si" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce 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 habla alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
25. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Este corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
33. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.6, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no es ninguna de las opciones, marque "Ninguna".
31. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: doméstica, maestra, etc. En 31.1 marque la opción "Si" cuando la madre o gestante trabaja con un trabajo a tiempo 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 quehaceres del hogar o cuidados de los hijos/as, a estudiar, retiro, 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 definitivamente manifieste 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 recibió la atención, asegúrese que ésta coincide con la opción registrada en la pregunta 32.
34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO HIJOS/OS (NÚMERO). Anote el número de hijos/as que ha tenido la madre o gestante independientemente de que a la fecha estén vivos o no. 34.1 cuántos/as hayan nacido muertos/as, 34.2 cuántos/as hayan nacido vivos/as y 34.3 cuántos/as sobrevivieron.
35. ¿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 anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
33-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que le (le) identifique. La firma de la (del) 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 del profesional.
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado; por ningún motivo debe dejarse sin completar.

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



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFINICIÓN FETAL (FETO MORTINATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO. LA MUERTE ES LA INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DANINGUNA OTRA SEÑAL DEVIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MUSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 4).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un(a) médico(a), preferentemente por la/el que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación los datos se certificará productos de 22 semanas o menos, si los países requieren los datos para fines de diagnóstico. En los lugares donde no haya médico(a), podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
• Para el llenado de este Certificado se cuenta con la información reportada por la madre o gestante, el padre o gestante, la muerte fetal como un evento médico natural, independiente de la madre o gestante para obtener un diagnóstico o información.
• Lleve en original y tres copias entregadas a los familiares del origen y las dos últimas copias con la información de llevar al Registro Civil para llenar el formato de inscripción o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para mantener la información de mortalidad del Sistema Salud y preferentemente registrarla 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.
• Escriba con tinta negra o azul no fluorescente, usando letra de molde, clara y legible y con más de un símbolo, ha de escribir. No use abreviaturas ni símbolos ni signos salvo los de puntuación.
• Lleve tres copias de este certificado y tres presentando el original para legalidad de las copias, entregue que la información se pueda leer claramente fuera la última copia. En el caso de números dígitos anteriores (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 2019 anote [01/09/2019]. Registre cualquier información parcial, familiar o no, nueva, los servicios de la Información de Mortalidad, ejemplo: si se publicó en esta entidad como de la expulsión o extracción [01/09/2019] anote [01/09/2019].
• Marque con una "X" solo en el círculo correspondiente a la respuesta.
• Para las preguntas con opciones que tengan "Omitir" se debe marcar de forma clara la información que se solicita, en el espacio designado para tal fin.
• Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o "No tiene los datos" en el caso de datos numéricos. (No anote se desconoce la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla).
• Lleve los datos de nombre (en el caso de: Doña, Señora, Camino, Camerino, Legumbre, Caracota, Pascosa, Bellocosa), Nombre de la ciudad, Municipio, Estado y el nombre al padre (ej. 2, 26, 607 Tipo de asentamiento: Urbano del, De otra, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional, Nombre del asentamiento: Centro, Poblado, Aldea, Poblado o Aldea y Unidad Habitacional, en la opción "Información adicional" en un espacio reservado.
• Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe levantarse dudas o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresado en semanas como días, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la expulsión o extracción del producto.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto, complete si el producto pesa 400 gramos, anote 04/00, si pesa 1 kilo 300 gramos anote 1/300. No registre con otra unidad de medida (libras = 453.3 gramos).
5. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
6. ESTE EMBARAZO FUE. Se considera como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción, la piel macerada se refiere a una piel palida, arrugada, con atrición o desecación superficial que al tocar se separa.
7. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Esta pregunta aplica a la 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 ocurrencia de hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: 01:00:10 a las 4 de la tarde con 5 minutos antes [1/6/09].
9. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especificar 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 institución en 9.1 y en 9.2 el Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especificar el procedimiento empleado. Si marca la opción "O" describa cuál fue el procedimiento usado.
13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Anote una "X" en la opción "S" en caso de existir evidencia de violencia doméstica (física, emocional, psicológica, patrimonial y/o sexual).
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autografiada y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta se aplica a la información de su producto, que se clasifica o inscribe para "Una condición patológica predefinida".

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) y (c) y (d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden etiológico que dieron origen a la causa anotada en la línea (a). Como ayuda del tipo de las líneas (a), (b) y (c) se muestra a manera de ejemplo, (b) como consecuencia de (c), a cual indica que la causa que anota en la línea superior, se debe a las consecuencias de la que vaya a registrar debajo de ella.
PARTE II. Cuando existe, anote cualquier otra enfermedad o condición, vinculada a la información o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo directamente con las causas anotadas en la PARTE I, describiendo:

Table with 3 columns: Causa de la muerte fetal, Causas de la muerte fetal, and Causas de la muerte fetal. Rows include Hemorragia intraventricular, Hemorragia intraperitoneal, Ineficiencia placentaria, Espontánea gestacional, and Preeclampsia.

- 22. ¿SE RECONOCE COMO AFROAMERICANA/O? Marque con una "X" la opción "S" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como afroamericana/o.
23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "S" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como indígena de acuerdo a su cultura.
24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "S" en caso de que la madre o gestante habla alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o mezcla del español.
29. 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 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 tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
31. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera/o, maestra/o, etc. En 31.1 marque la opción "S" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o laboreo en un negocio o comercio por su cuenta, independientemente de que pague o no impuestos. Marque "O" cuando la madre o gestante se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de otros hijos/as o estudiantes, voluntarios.
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 (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 el preguina 32.
34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJOS/OS (NÚMERO). Anote el número de hijos/os que ha tenido la madre o gestante independientemente de que a la fecha estén vivos/as o no; 34.1 cuántos/as hayan nacido muertos/as, 34.2 cuántos/as hayan nacido vivos/as y 34.3 cuántos/as sobrevivieron.
35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Seleccione "S" si la madre o gestante la llevó a cabo de la expulsión de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
35-1. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que a (la) certificante. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, se autografiará y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificaciones múltiples, el certificante deberá anotar el número de su cédula profesional.
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS
INF: Informante; CIEP: Clasificación Epidemiológica 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)

9999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA MUERTE FETAL NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA. EL CERTIFICANTE DEBE GENTILMENTE COPIAR A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PLAZO MÁXIMO DE 15 DÍAS HABIENDO PARTICIPADO A SU EXPEDICIÓN

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

1. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		2. EDAD (años) _____		3. PESO (kg) _____		4. DEBILIDAD Capacidad <input type="radio"/> Resistencia <input type="radio"/> Fuerza <input type="radio"/>		5. HEMOGLOBINA (g/dl) Normal <input type="radio"/> Anémica <input type="radio"/>		6. ESTADO DE EMBARAZO E. Gestación <input type="radio"/> E. Parto <input type="radio"/>		7. ALTA DE ALTA E. Gestación <input type="radio"/> E. Parto <input type="radio"/>	
8. EMBARAZO E. Gestación <input type="radio"/> E. Parto <input type="radio"/>		9. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ E. Antes <input type="radio"/> E. Durante <input type="radio"/> E. Después <input type="radio"/>		10. TIPO DE PARTO E. Normal <input type="radio"/> E. Cesárea <input type="radio"/>		11. TIPO DE PARTO E. Normal <input type="radio"/> E. Cesárea <input type="radio"/>		12. TIPO DE PARTO E. Normal <input type="radio"/> E. Cesárea <input type="radio"/>		13. TIPO DE PARTO E. Normal <input type="radio"/> E. Cesárea <input type="radio"/>		14. TIPO DE PARTO E. Normal <input type="radio"/> E. Cesárea <input type="radio"/>	
5. SITIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN E. Hospital <input type="radio"/> E. Centro de salud <input type="radio"/> E. Otro <input type="radio"/>													
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN E. Calle <input type="text"/> E. No aplica <input type="checkbox"/>													
11. ¿CÓMO OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? E. Natural <input type="radio"/> E. Instrumental <input type="radio"/> E. Cesárea <input type="radio"/>													
12. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? E. Espontánea <input type="radio"/> E. Inducida <input type="radio"/> E. Electiva <input type="radio"/>													
13. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? E. Normal <input type="radio"/> E. Anómala <input type="radio"/> E. Patológica <input type="radio"/>													
14. NOMBRE E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
15. PATIÓLOGO QUE PRODUJO E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
16. PATIÓLOGO QUE RECIBIÓ E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL E. Anomalía cromosómica <input type="radio"/> E. Anomalía estructural <input type="radio"/> E. Infección <input type="radio"/> E. Trauma <input type="radio"/> E. Hemorragia <input type="radio"/> E. Desprendimiento de placenta <input type="radio"/> E. Rotura de membranas <input type="radio"/> E. Hipertensión arterial <input type="radio"/> E. Diabetes mellitus <input type="radio"/> E. Enfermedad cardíaca <input type="radio"/> E. Enfermedad renal <input type="radio"/> E. Enfermedad hepática <input type="radio"/> E. Enfermedad pulmonar <input type="radio"/> E. Enfermedad neurológica <input type="radio"/> E. Enfermedad hematológica <input type="radio"/> E. Enfermedad inmunológica <input type="radio"/> E. Enfermedad endocrina <input type="radio"/> E. Enfermedad metabólica <input type="radio"/> E. Enfermedad sistémica <input type="radio"/> E. Enfermedad desconocida <input type="radio"/>													
18. NOMBRE E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
19. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
20. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
21. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
22. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
23. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
24. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
25. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
26. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
27. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
28. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
29. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
30. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
31. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
32. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
33. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
34. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
35. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
36. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
37. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
38. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
39. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
40. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
41. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
42. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
43. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
44. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
45. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
46. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
47. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
48. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
49. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													
50. DIFERENCIA DE EDAD (años) E. Nombre <input type="text"/> E. Apellido <input type="text"/>													

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



9999999999





# 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**

[Redacted field for name of mother or pregnant woman]

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

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

**Sexo de la madre  
o gestante**

[Redacted field for date of birth]

[Redacted field for birth entity]

[Redacted field for sex]

**CURP de la madre o gestante**

**Fecha de certificación**

[Redacted field for CURP]

[Redacted field for certification date]

**Folio**

**Fecha de expulsión**

**Semanas de gestación**

[Redacted field for folio]

[Redacted field for date of expulsion]

[Redacted field for weeks of gestation]

**Firma electrónica de la (del) certificante**

[Redacted field for electronic signature]

**Sello electrónico de la Secretaría de Salud**

[Redacted field for health secretariat seal]

**Sello electrónico de la Unidad Médica**

[Redacted field for medical unit seal]

**Cadena original**

[Redacted field for original chain]

Código  
QR

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

