



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Llenado del Certificado de Defunción
Y Certificado de Muerte Fetal Modelo 2022.**

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

I. SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela

Secretaría de Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Mtro. Marco Vinicio Gallardo Enríquez

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Gustavo Reyes Terán

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

Lic. Mónica Alicia Mieres Hermosillo

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

C. Judith Coronel Morales

Directora General de Comunicación Social

Dr. Dwight Daniel Dyer Leal

Director General de Información en Salud

II. DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS)

Dr. Dwight Daniel Dyer Leal
Director General

Mtro. Arturo Barranco Flores
Director de Información sobre Necesidades de Salud y Población

Mtro. Carlos Lino Sosa Manzano
Director de Información de Recursos para la Salud

Mtra. Daniela Angélica Fernández Gallegos
Directora de Coordinación, Normatividad y Difusión

Lic. Bonifacio Rugerio Escobar
Director de Sistemas de Información de Servicios de Salud

Ing. Blanca Leticia Pinette Medina
Directora de Administración y Prestación de Servicios de Salud Electrónicos

Ing. Felipe De Jesús Lara Vargas
Subdirección de Información Hospitalaria

Lic. Manuel Yáñez Hernández
Subdirector de Clasificaciones de la Información en Salud

Lic. María del Pilar Peña Olmos
Subdirectora de Información Institucional

Ing. Luis Enrique Puente Lozano
Subdirector de Estudios de Salud

Ing. Arturo Colín Torres
Subdirector de Procesos Electrónicos en Salud

Lic. Octavio Garcia Arellano
Subdirector de Atención Primaria

Lic. José Alejandro Rendón Bazán
Subdirector de Servicios Electrónicos Hospitalarios

Lic. Angel González Serrano
Subdirector de Información de Recursos Humanos y Materiales

Mtro. Oscar Santiago Salinas
Subdirector de Información Financiera

Lic. Marian Selene Camacho Muñoz
Subdirectora de Integración y Difusión de la Información

II. AGRADECIMIENTOS

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

Dirección General de Evaluación del Desempeño, SSA
Dirección General de Epidemiología, SSA
Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, SSA
Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Petróleos Mexicanos
Instituto Mexicano del Seguro Social, Régimen Prospera
Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Registro Nacional de Población e Identificación Personal, SEGOB
Consejo Nacional de Población
Asociación Nacional de Hospitales Privados

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

En particular, se reconoce el apoyo y colaboración de las siguientes personas por la elaboración y revisión de este documento:

Mtro. Arturo Barranco Flores
Director de Información sobre Necesidades de Salud y Población
Mtro. Felipe De Jesús Lara Vargas
Subdirección de Información Hospitalaria
Margarita Cuvas González
Apoyo administrativo

TABLA DE CONTENIDO

I. SECRETARÍA DE SALUD.....	2
II. DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS)	3
II. AGRADECIMIENTOS.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. ANTECEDENTES	7
3. MARCO JURÍDICO.....	9
4. LINEAMIENTOS PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	10
5. LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO, CONTROL, USO Y VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL.....	16
6. LINEAMIENTOS EN CASO DE CANCELACIÓN, ROBO O EXTRAVÍO	18
7. FORMATO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FRENTE Y REVERSO.....	20
8. ESCRIPCIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	22
9. LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	23
10. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DEL LLENADO DE CADA PREGUNTA.....	24
11. FORMATO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL FRENTE Y REVERSO	60
12. DESCRIPCIÓN DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL	62
13. LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL.....	62
14. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	94
15. BIBLIOGRAFÍA.....	141

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

2. ANTECEDENTES

ESTADÍSTICAS VITALES

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

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

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

Certificados de Defunción son las relacionadas con el hecho de la muerte y con las características sociodemográficas de la (del) fallecida/o.

ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES

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

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

3. MARCO JURÍDICO

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

4. LINEAMIENTOS PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.2.5.6 La tercera copia del Certificado debe conservarse en la unidad médica del SNS que certificó la defunción para garantizar la integración de la información correspondiente en el SEED, de conformidad con los términos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS, así como para cotejar la información requerida por los SESA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.2.12 La integración de la información de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal en su versión impresa y/o electrónica se realiza en el SEED, de conformidad con los términos, procedimientos y protocolos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS.

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

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

La información captada en el SEED es nominal.

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

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

12.2.14 Los SESA son responsables ante la Secretaría a través de la DGIS del estricto control y uso adecuado de los folios proporcionados por la misma en la dotación de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, así como de vigilar el retiro de los formatos obsoletos cuando la DGIS así lo indique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- La expedición del Certificado de Defunción y Muerte Fetal **no debe ser condicionada** por motivo alguno, salvo lo establecida en el numeral 12.2.10 de la sección IV.
- Al entregar el Certificado de Defunción se le debe aclarar al informante o familiares del fallecido que este documento **NO SUSTITUYE AL ACTA DE DEFUNCIÓN** como documento legal para realizar trámites oficiales, por lo que deberán acudir a la brevedad al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción correspondiente.
- Los datos personales anotados en el Certificado de Defunción están protegidos conforme a la Ley general de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados y la ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares.
- Los Servicios Estatales de Salud, son responsables ante la DGIS del estricto control y uso adecuado de los Certificados de Defunción foliados que le fueron proporcionados por la misma en la dotación correspondiente y de coordinar el retiro de los formatos obsoletos cuando ésta así lo indique. De la misma manera todo establecimiento de una institución del SNS, persona o instancia contemplada en la distribución de Certificados de Defunción, es a su vez responsable ante los Servicios Estatales de Salud, del estricto control, resguardo y uso adecuado de los Certificados de Defunción foliados que le fueron asignados, así como de retirar de circulación los formatos obsoletos cuando se le indique.
- Las instancias y personas contempladas en la distribución de Certificados de Defunción deben entregar mensualmente en medio electrónico, a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud responsables de la distribución de los mismos, un listado con el control de los Certificados de Defunción foliados que les fueron asignados, indicando en éste la situación que guarda cada folio (en resguardo, expedido, cancelado, extraviado o robado). De igual forma los Servicios Estatales de Salud deben entregar a la DGIS, mensualmente y en medio electrónico, el control de los Certificados de Defunción foliados correspondiente a su entidad.
- Dentro de los requisitos que podrán establecer los SESA para la dotación de los formatos del Certificado de Defunción, será que los certificantes particulares deban de entregar una copia de la constancia del curso del “Correcto Llenado del Certificado de Defunción”.
- El Modelo 2022 de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, tendrán una vigencia máxima de 5 años, por lo que se podrán certificar las defunciones y muertes fetales con el modelo mencionado sin importar cuando fue su año de impresión.

- Cada año se reiniciará el folio del certificado, ejemplo para defunciones:
 - Impresión 2022: Modelo 2022, folio inicial 220000001
 - Impresión 2023: Modelo 2022, folio inicial 230000001
- Tabla de vigencia del Modelo 2022

		VIGENCIA MODELO 2017				
AÑO DE IMPRESIÓN	2022	2023	2024	2025	2026	
2022	X	X	X	X	X	
2023		X	X	X	X	
2024			X	X	X	
2025				X	X	
2026					X	

6. LINEAMIENTOS EN CASO DE CANCELACIÓN, ROBO O EXTRAVÍO

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

un formato nuevo con la misma información de la tercera copia (hoja verde) que se encuentre en el expediente clínico debidamente firmado por el Director de la unidad médica o en su defecto por el área o persona que este último designe (como por ejemplo, el área jurídica de la unidad). La unidad médica cancelara la hoja verde que se tenía en el expediente (en caso de ser parcial la perdida cancelar las demás hojas entregadas) la unida medica entregara junto con la copia de la constancia de hechos a la jurisdicción o autoridad que le proporcionan los formatos del certificado para que esta volite el formato (número de folio) a los Registros civiles de su entidad y a la DGIS.

- En caso de que el informante extravíe o haya sido robado el Certificado de Defunción parcial o completo después de la entrega del formato y antes de entregarlo en el Registro Civil. **Si éste fue expedido fuera de una unidad médica.** El informante del fallecido debe acudir a la autoridad competente (Ministerio Público, Juez de lo Civil, Jefe Municipal, Comisariado Ejidal, etc.) para solicitar una constancia de hechos. debe presentarse a una jurisdicción sanitaria o los Servicios Estatales de Salud donde ocurrió la defunción con una copia de la constancia de hechos y/o con las hojas del certificado que aun tenga en caso de que la perdida sea parcial para ser entregadas. La jurisdicción sanitaria o los Servicios Estatales de Salud localizaran la tercera copia (hoja verde) del número de folios del certifico en cuestión, para que ésta le entregue un formato nuevo debidamente firmado por la persona responsable con la misma información de la tercera copia (hoja verde) que se tiene en resguardo. La jurisdicción sanitaria o los Servicios Estatales de Salud cancelara la tercera copia (hoja verde) que se tenía en resguardo (en caso de ser parcial la perdida cancelar las demás hojas entregadas) para que esta volite el formato (número de Folio) a los Registros civiles de su entidad y a la DGIS.

7. FORMATO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION FRENTE Y REVERSO

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION**
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 DEFUNCION. LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SOLITOS OBLIGACION Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

DE LA (DEL) FALLECIDO(A)

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO Hombre Mujer No ignora

3. CURP 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

5. ¿MUESTRAS SU QUINA LAMINA REGISTAL? 6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFRODESCENDIENTE?

7. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? 8. NACIONALIDAD

9. EDAD CUMPLIDA 10. SITUACION CONYUGAL

11. RESIDENCIA HABITUAL 12. TIPO DE VIVIENDA

13. ESCOLARIDAD 14. OCUPACION HABITUAL

15. APILACION A SERVICIOS DE SALUD 16. PARENTESCO (CON LA (DEL) FALLECIDO(A))

17. NOMBRE 18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE?

19. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION 20. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGIA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 22. ¿FUE DEFUNCION ACCIDENTAL O VIOLENTA?

23. TIPO DE DEFUNCION 24. CAUSAS DE LA DEFUNCION

25. ¿SE REALIZÓ LA AUTOPSIA? 26. ¿LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 34 AÑOS?

27. ¿SE REALIZÓ LA AUTOPSIA? 28. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

29. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? 30. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

31. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

32. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

33. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

34. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

35. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

36. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

37. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

38. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

39. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

40. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

41. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

42. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

43. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

44. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

45. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

46. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

47. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

48. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

49. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

50. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

51. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

52. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

53. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

54. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

55. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

56. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

57. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

58. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

59. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

60. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

61. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

62. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

63. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

64. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

65. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

66. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

67. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

68. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

69. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

70. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

71. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

72. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

73. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

74. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

75. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

76. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

77. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

78. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

79. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

80. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

81. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

82. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

83. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

84. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

85. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

86. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

87. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

88. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

89. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

90. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

91. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

92. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

93. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

94. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

95. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

96. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

97. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

98. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

99. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

100. ¿LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO?

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

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

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

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

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

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

27. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar causas de hecho - ejemplo: pero caído, se cayó, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción	Código CIE
PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de la defunción en línea (a). Reporte la cadena de enfermedades o sucesos en defecto orden de arriba. Anote la causa básica en la última línea utilizada.	(a) Peritonitis aguda	2 días	
	(b) Definido o (c) como consecuencia de		
	(c) Perforación del duodeno	4 días	
(d) Definido o (c) como consecuencia de			
(e) Úlcera duodenal	3 años		
(f) Definido o (c) como consecuencia de			
PARTE II Otras condiciones o estados patológicos significativos que no participaron en la parte I, pero que no estuvieron contribuyentes a la defunción.			
Hipertensión arterial 5 años			
(El intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)			

- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 84 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 28.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 28.2 y 28.3.
- LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
- RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO/A AGRESOR/A CON EL (LA) FALLECIDO/A.** Anote la relación que tenía el presunto agresor/a con la (el) fallecido/a. Si la defunción es un presunto homicidio, escriba el parentesco con la (el) fallecido/a de la (del) presunto responsable, ejemplo: esposo/a, padre, madre, concubina/o. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA CAUSA EXTERNA.** Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado/a por un autobús al cruzar la avenida.
- DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique el nombre de la carretera y el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser una (un) médica/o pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma de la (del) certificador es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

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

8. ESCRIPCIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

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

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

- 1) Datos de la (del) Fallecida/o (**preguntas 1 a la 15**). El objetivo de este apartado es obtener información sociodemográfica de la (del) fallecida/o y derechohabiencia.
- 2) Datos de la (del) Informante (**preguntas 16 a la 18**). El objetivo de este apartado es obtener información que nos permita identificar a la persona que proporcione y valide los datos, para aclaraciones posteriores.
- 3) Datos de la Defunción (**preguntas 19 a la 30**). El objetivo de este apartado es obtener información que permite ubicar en tiempo, lugar y causas de la defunción (cuando, donde y porque)
- 4) Datos de la Muerte Accidental o Violenta (**preguntas 31 a la 36**). El objetivo de este apartado es obtener información sobre la presunta intencionalidad del evento; si fue un presunto: accidente, homicidio o suicidio.
- 5) Datos de la (del) Certificante (**pregunta 37 a la 42**). El objetivo de este apartado es obtener información que nos permita identificar a la persona que llenó el *Certificado de Defunción*, para realizar cualquier aclaración posterior (como la vigilancia epidemiológica)
- 6) Datos del Registro Civil (**preguntas 43 a la 45**). El objetivo de este apartado es obtener información para verificar la cobertura del registro de las defunciones-

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

9. LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

CONSIDERACIONES PREVIAS AL LLENADO

La persona que expide el *certificado* debe:

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

Llenarlo en su totalidad, exceptuando aquellas preguntas que no apliquen. (Datos del Registro Civil (**pregunta 43 a la 45**) o datos de muertes accidentales y violentas (**pregunta 31 a la 36**), si se trata de una muerte natural.

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

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

Evitar hacer tachaduras, enmendaduras, borrones, uso de corrector, ya que ello invalida el documento. Si hay error en el llenado, se debe proceder a cancelar el *Certificado* y elaborar uno nuevo teniendo en cuenta que este documento no contiene fe de erratas.

Considerar lo siguiente:

En las preguntas de opción múltiple, el certificante debe seleccionar sólo una opción, marcando con una “X” el círculo correspondiente.

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

Donde haya casillas debe anotarse un número por cada una de ellas, sin dejar casillas vacías, inicie con “0” para cubrir todos los espacios, por ejemplo, para escribir la fecha 2 de septiembre de 2022 se escribe en las casillas en blanco 02|09|20122

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

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

10. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DEL LLENADO DE CADA PREGUNTA.

DATOS DE LA (DEL) FALLECIDA/O

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

1. **NOMBRE.** Anotar el nombre completo de la (del) fallecida/o, iniciando por el(los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido.

- El nombre debe anotarse idénticamente a como esté asentado en el Acta de Nacimiento, por lo que se recomienda copiarlo directamente de este documento o en su defecto de la identificación oficial o comprobante de identidad que presente el informante.
- Sin abreviaturas, a menos que se encuentre la información de esa manera en el Acta de Nacimiento.
- En el caso de que la (el) fallecida/o sea una (un) recién nacida/o sin Acta de Nacimiento, escribir “Recién Nacida/o” en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
- En caso de agotar los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción “Persona desconocida”.

Ejemplos:

Con un nombre conocido

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O			Persona desconocida <input type="radio"/>
Maria Guadalupe	Ramírez	Martinez	
Nombre (s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	

Con un nombre desconocido

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O			Persona desconocida <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre (s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	

2. **FECHA DE NACIMIENTO.** Anotar el día, mes y año de nacimiento.

- La fecha de nacimiento debe ser la misma que se encuentre asentada en el Acta de Nacimiento, por lo que se recomienda copiarla directamente de este documento o en su defecto de la identificación oficial o comprobante de identidad que presente.
- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2,... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.
- Cuando se desconozca la fecha de nacimiento, ya sea completa o una parte de ella, se debe anotar ‘99’ para el día, ‘99’ para el mes y ‘9999’ para el año.

Ejemplos:

Fecha de nacimiento conocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O			Persona desconocida <input type="radio"/>
Nombre (s) Maria Guadalupe			Primer Apellido Ramirez
Segundo Apellido Martinez			
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día: 24 Mes: 06 Año: 1985	Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _00		

Fecha de nacimiento desconocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O			Persona desconocida <input checked="" type="radio"/>
Nombre (s)			Primer Apellido
Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día: 99 Mes: 99 Año: 9999	Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _00		

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

Sexo conocido

Ejemplos:

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O			Persona desconocida <input type="radio"/>
Nombre (s) Maria Guadalupe			Primer Apellido Ramirez
Segundo Apellido Martinez			
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día: 24 Mes: 06 Año: 1985	Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _00		

Sexo se ignora o es desconocido

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O			Persona desconocida <input checked="" type="radio"/>
Nombre (s)			Primer Apellido
Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día: 99 Mes: 99 Año: 9999	Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> _00		

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anotar dentro del espacio correspondiente la entidad federativa en donde haya nacido la (el) fallecida/o.

- Si es extranjero se debe anotar el país de nacimiento, ejemplo: Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, España, entre otros.
- En caso de que esta información se desconozca, escribir la leyenda ‘Se ignora’.

Ejemplos:

Entidad de nacimiento conocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O			Persona desconocida <input type="radio"/>
Nombre (s) Maria Guadalupe			Primer Apellido Ramirez
Segundo Apellido Martinez			
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día: 24 Mes: 06 Año: 1985	Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _00	Estado de México	

Entidad de nacimiento desconocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O			Persona desconocida <input checked="" type="radio"/>
Nombre (s)			Primer Apellido
Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día: 99 Mes: 99 Año: 9999	Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _00	Se ignora	

Entidad de nacimiento, la fallecida es de Nicaragua

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O			Persona desconocida <input type="radio"/>
Nombre (s) Maria Guadalupe			Primer Apellido Ramirez
Segundo Apellido Martinez			
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día: Mes: Año:	Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _00	Nicaragua	

2 4 0 6 1 9 8 5

X

5. CURP. Anotar la Clave Única de Registro de Población (CURP) de la (del) fallecida/o en los espacios correspondientes. Esta información es de vital importancia para posteriores gestiones de registro de la información.

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

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

- En caso de que esta información se desconozca, llenar los espacios con el valor “XXXX999999XXXXXX99”, sin dejar en blanco los espacios
- Cuando la (el) fallecida/o es extranjero no se debe anotar nada en la CURP

Ejemplos:

CURP conocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="radio"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 9 8 5	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>

CURP se ignora o es desconocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre (a) Primer Apellido Segundo Apellido Persona desconocida <input checked="" type="radio"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 9 9 9 9 9 9 9 9	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Se ignora
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9		6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>

Cuando la (el) fallecida/o es extranjero no se debe anotar nada en la CURP

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="radio"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 9 8 5	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Nicaragua
5. CURP		6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>

6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Marcar con una X la respuesta que corresponda: Si, No o “Se ignora”, en caso de que la (el) fallecida/o se autoreconocía como afromexicana/o.

Ejemplos:

Se auto reconocía

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="radio"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 9 8 5	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>

X

Se ignora o es desconocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Dia 24 Mes 06 Año 1985	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		

7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Marcar con una X la respuesta que corresponda: Si, No o “Se ignora”, en caso de que el fallecido se consideraba indígena,

Ejemplos:

La (el) fallecida/o se consideraba indígena

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Dia 24 Mes 06 Año 1985	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		

Se ignora si la (el) fallecida/o se consideraba indígena

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre (a) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Persona desconocida <input checked="" type="checkbox"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Dia 9 Mes 99 Año 9999	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Se ignora
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9		6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>		

8. **HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA.** Marcar con una X la respuesta que corresponda: Si, No o “Se ignora”, en caso de que la (el) fallecida/o hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción “Si” y debe anotar la lengua en “Especifique”

Ejemplos:

La (el) fallecida/o hablaba alguna lengua indígena

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Dia 24 Mes 06 Año 1985	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> "Especifique" HUASTECO		9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> "Especifique" _____

Se ignora si la (el) fallecida/o hablaba alguna lengua indígena

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre (s): Primer Apellido: Segundo Apellido:			Persona desconocida <input checked="" type="checkbox"/>
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: 9 Mes: 9 Año: 9999	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de nacimiento o país, si nació en el extranjero: Se ignora	
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9	6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique:	9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra* <input type="checkbox"/> *Especifique:		

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

Ejemplos:

La nacionalidad se conoce y es mexicana

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre (s): Primer Apellido: Segundo Apellido:			Persona desconocida <input type="checkbox"/>
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: 2 Mes: 4 Año: 061985			3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de nacimiento o país, si nació en el extranjero: Estado de México			5. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique: HUASTECO			9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> Otra* <input type="checkbox"/> *Especifique: Se ignora
10. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique:			11. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> Otra* <input type="checkbox"/> *Especifique:

Cuando la (el) fallecida/o es extranjero y se conoce la nacionalidad

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre (s): Primer Apellido: Segundo Apellido:			Persona desconocida <input type="checkbox"/>
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: 2 Mes: 4 Año: 061985			3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de nacimiento o país, si nació en el extranjero: Estado de México			5. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique: HUASTECO			9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra* <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique: BOLIVIA
10. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique:			11. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra* <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique:

10. **EDAD CUMPLIDA.** Especifique la edad de la (del) fallecida/o según corresponda. Para menores de una hora, anotar minutos (de 01 a 59). Para menores de un día, anote la edad en horas (de 01 a 23). Para menores de un mes, anote la edad en días (de 01 a 29). Para menores de un año, anote la edad en meses (de 01 a 11). Si la (el) fallecida/o tenía un año de edad o más, cubra los tres espacios destinados, utilizando ceros a la izquierda para los casos en que la edad de la (del) fallecida/o no cubra todos los espacios. Cuando la edad cumplida sea desconocida, en edad, meses, días, llenar con “nueves” en los espacios correspondientes. Marcar con una “X” la opción ‘Se ignora’ después de agotar todos los recursos para determinar la edad.

Ejemplos:
Edad cumplida conocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre (s) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="radio"/>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día 2 Mes 4 Año 06 1985	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Credul federativa o país, si nació en el extranjero Estado de México	
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2	
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique: HUASTECO	
9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> *Especifique: BOLIVIA	
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un día: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un mes: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un año: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Meses cumplidos 031 Se ignora <input type="radio"/>	
11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorcedado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/>	

Edad se ignora o desconoce

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Persona desconocida <input checked="" type="radio"/>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día 9 Mes 9 Año 99 9999	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Credul federativa o país, si nació en el extranjero Se ignora	
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9	
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	
7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> *Especifique: _____	
9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> *Especifique: _____	
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un día: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un mes: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un año: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Meses cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorcedado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/>	

10.1 **Folio para un Certificado de Nacimiento.** Obligatorio para menores de 28 días de edad, escriba para un Certificado Electrónico de Nacimiento (CEN) utilice los 14 recuadros y para un Certificado de Nacimiento impreso los últimos 9 recuadros.

Ejemplos:
Certificado de Nacimiento impreso

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre (s) Recién Nacida Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="radio"/>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día 2 Mes 4 Año 06 2021	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Credul federativa o país, si nació en el extranjero Estado de México	
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9	
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique: _____	
9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> *Especifique: _____	
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un día: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un mes: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un año: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Meses cumplidos 23 Se ignora <input type="radio"/>	
11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorcedado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/>	

Certificado Electrónico de Nacimiento

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre (s) Recién Nacida Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="radio"/>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día 2 Mes 4 Año 06 2021	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Credul federativa o país, si nació en el extranjero Estado de México	
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9	
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique: _____	
9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> *Especifique: _____	
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un día: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un mes: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Para menores de un año: Mujeres <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Meses cumplidos 23 Se ignora <input type="radio"/>	
11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorcedado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/>	

10.2 Semanas de Gestación. Obligatorio para menores de 28 días de edad. Escriba el número de semanas de gestación, si se desconocen anote 99

Ejemplos:

Semanas de gestación conocidas

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Nombre (s) Recién Nacida		Primer Apellido Ramirez		Segundo Apellido Martinez		Persona desconocida <input type="checkbox"/>
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 2 0 2 1		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9				6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique:				9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> *Especifique:		
LLECID(A) 10. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
	Para menores de un año		Para menores de un año o más		Se ignora <input type="checkbox"/>	
10.1 Folio del Certificado de nacimiento		10.2 Semanas de gestación		10.3 Peso al nacer (gramos)		11. SITUACIÓN CONYUGAL
0 2 1 0 7 5 8 1 4		3 9		3 9 0 0		Se ignora <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorcedado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>

Semanas de gestación desconocidas

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Nombre (s) Recién Nacida		Primer Apellido Ramirez		Segundo Apellido Martinez		Persona desconocida <input type="checkbox"/>
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 2 0 2 1		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9				6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique:				9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> *Especifique:		
LLECID(A) 10. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
	Para menores de un año		Para menores de un año o más		Se ignora <input type="checkbox"/>	
10.1 Folio del Certificado de nacimiento		10.2 Semanas de gestación		10.3 Peso al nacer (gramos)		11. SITUACIÓN CONYUGAL
0 2 1 0 7 5 8 1 4		9 9		9 9 9 9		Se ignora <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorcedado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>

10.3 Peso al Nacer (Gramos). Obligatorio para menores de 28 días de edad. Escriba el peso al nacer en gramos, si se desconocen anote 9999

Ejemplos:

Pesos al nacer conocidas

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Nombre (s) Recién Nacida		Primer Apellido Ramirez		Segundo Apellido Martinez		Persona desconocida <input type="checkbox"/>
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 2 0 2 1		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9				6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique:				9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> *Especifique:		
LLECID(A) 10. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
	Para menores de un año		Para menores de un año o más		Se ignora <input type="checkbox"/>	
10.1 Folio del Certificado de nacimiento		10.2 Semanas de gestación		10.3 Peso al nacer (gramos)		11. SITUACIÓN CONYUGAL
0 2 1 0 7 5 8 1 4		3 9		3 9 0 0		Se ignora <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorcedado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>

Pesos al nacer desconocidas

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Nombre (s) Recién Nacida		Primer Apellido Ramirez		Segundo Apellido Martinez		Persona desconocida <input type="checkbox"/>
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 2 0 2 1		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		
5. CURP X X X X 9 9 9 9 9 9 X X X X X X 9 9				6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique:				9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> *Especifique:		
LLECID(A) 10. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
	Para menores de un año		Para menores de un año o más		Se ignora <input type="checkbox"/>	
10.1 Folio del Certificado de nacimiento		10.2 Semanas de gestación		10.3 Peso al nacer (gramos)		11. SITUACIÓN CONYUGAL
0 2 1 0 7 5 8 1 4		9 9		9 9 9 9		Se ignora <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorcedado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>

12.1 Tipo de vialidad

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

12.2 Nombre de la vialidad

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

12.3 Núm. Exterior

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

12.4 Núm. Interior

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

12.5 Tipo de asentamiento humano

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

12.6 Nombre del asentamiento humano

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

12.7 Código Postal

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

12.8 Localidad.

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

12.9 Municipio o alcaldía.

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

12.10 Entidad Federativa.

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

Ejemplos:

Domicilio conocido

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O		Nombre (a)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Persona desconocida <input type="checkbox"/>	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
2 4 0 6 1 9 8 5		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Estado de México					
5. CURP		6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O?		7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?					
R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		9. NACIONALIDAD							
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique: HUASTECO		Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique: BOLIVIA							
10. EDAD CUMPLIDA		10.1 Folio del Certificado de Nacimiento		10.2 Semanas de gestación		10.3 Falso al nacer (gracias)		11. SITUACIÓN CONYUGAL	
Para menores de un día: <input type="checkbox"/> Para menores de un mes: <input type="checkbox"/> Para menores de un año o más: 0 3 1		10.1 Folio del Certificado de Nacimiento		10.2 Semanas de gestación		10.3 Falso al nacer (gracias)		Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. RESIDENCIA HABITUAL		12.3 Número de localidad		12.4 Tipo de asentamiento humano		12.5 Nombre del asentamiento humano		12.6 Código Postal	
Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o		06470		Cuahtémoc		San Rafael		Ciudad de México	
12.8 Localidad		12.9 Municipio o Alcaldía		12.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					

Domicilio desconocido

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Maria Guadalupe Ramirez Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO 2 4 0 6 1 9 8 5		3. SEXO Nombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique: HUASTECO		9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique: BOLIVIA
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="checkbox"/> Para menores de un día: <input type="checkbox"/> Para menores de un mes: <input type="checkbox"/> Para menores de tres meses: <input type="checkbox"/> Para menores de un año: <input type="checkbox"/> Para persona de un año o más: 0 3 1 Años cumplidos Se ignora <input type="checkbox"/>		11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input checked="" type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>
12. RESIDENCIA HABITUAL. Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o: 12.1 Tipo de vivienda: Se ignora 12.2 Nombre de la vivienda: Se ignora 12.3 Núm. Ext.: 9 9 9 9 9 12.4 Núm. Int.: Se ignora 12.5 Tipo de asentamiento humano: Se ignora 12.6 Nombre del asentamiento humano: Se ignora 12.7 Código Postal: Se ignora 12.8 Localidad: Se ignora 12.9 Municipio o Alcaldía: Se ignora 12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Se ignora		

13. ESCOLARIDAD. Marcar la opción que indique el grado máximo de estudios aprobados de la (del) fallecida/o.

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

Ejemplos:

Escolaridad de secundaria terminada

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Maria Guadalupe Ramirez Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO 2 4 0 6 1 9 8 5		3. SEXO Nombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique: HUASTECO		9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique: BOLIVIA
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="checkbox"/> Para menores de un día: <input type="checkbox"/> Para menores de un mes: <input type="checkbox"/> Para menores de tres meses: <input type="checkbox"/> Para menores de un año: <input type="checkbox"/> Para persona de un año o más: 0 3 1 Años cumplidos Se ignora <input type="checkbox"/>		11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input checked="" type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>
12. RESIDENCIA HABITUAL. Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o: 12.1 Tipo de vivienda: Avenida 12.2 Nombre de la vivienda: San Juan de Aragón 12.3 Núm. Ext.: 202 12.4 Núm. Int.: Se ignora 12.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 12.6 Nombre del asentamiento humano: Cuahtémoc 12.7 Código Postal: 0 6 4 7 0 12.8 Localidad: Cuahtémoc 12.9 Municipio o Alcaldía: Cuahtémoc 12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Ciudad de México		
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>		14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> 14.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>

Escolaridad se ignora o es desconocida

DE LA (DEL) FALLECID(A)	1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 1 9 8 5		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
	6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique HUASTECO		9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique BOLIVIA
	10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para persona de un año o más: Años cumplidos 0 3 1 Se ignora <input type="checkbox"/>		11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input checked="" type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>
	12. RESIDENCIA HABITUAL. Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido(a) 12.1 Tipo de vivienda Avenida 12.2 Nombre de la vivienda San Juan de Aragón 12.3 Núm. Ext. 202 12.4 Núm. Int. 0 6 4 7 0 12.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 12.6 Nombre del asentamiento humano San Rafael 12.7 Código Postal 0 6 4 7 0 12.8 Localidad Cuahtémoc 12.9 Municipio o Alcaldía Cuahtémoc 12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Ciudad de México		
	13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> 14.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>

OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera/o, maestra/o, etc. En **14.1. Trabajaba.**

- Marque la opción “Sí” cuando la (el) fallecida/o contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos.
- Marque “No” cuando la (el) fallecida/o se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, jubilada/o, rentista, etc.
- No aplica para menores de 5 años.

- En caso de no contar con esta información, marcar la opción ‘Se ignora’.
- Cuando se ignore la pregunta 14, en esta pregunta debe seleccionar “Se ignora”

Ejemplos:

Ocupación habitual conocida y trabajaba

DE LA (DEL) FALLECID(A)	1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 1 9 8 5		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
	6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique HUASTECO		9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique BOLIVIA
	10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para persona de un año o más: Años cumplidos 0 3 1 Se ignora <input type="checkbox"/>		11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input checked="" type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>
	12. RESIDENCIA HABITUAL. Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido(a) 12.1 Tipo de vivienda Avenida 12.2 Nombre de la vivienda San Juan de Aragón 12.3 Núm. Ext. 202 12.4 Núm. Int. 0 6 4 7 0 12.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 12.6 Nombre del asentamiento humano San Rafael 12.7 Código Postal 0 6 4 7 0 12.8 Localidad Cuahtémoc 12.9 Municipio o Alcaldía Cuahtémoc 12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Ciudad de México		
	13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> 14.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>

Ocupación habitual se ignora o es desconocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>											
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 1 9 8 5				3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México			
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2								6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique: HUASTECO				9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> *Especifique: BOLIVIA							
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Para menores de 28 días de nacido/a anote: Para menores de un año: Años cumplidos 0 3 1 Se ignora <input type="radio"/>						11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado/a <input checked="" type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/>					
12. RESIDENCIA HABITUAL. Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido(a): 12.1 Tipo de vivienda: Avenida 12.2 Localidad: Colonia Cuauhtémoc 12.3 Núm. Ext.: 202 12.4 Núm. Int.: 0 6 4 7 0 12.5 Tipo de asentamiento humano: San Rafael 12.6 Municipio o Alcaldía: Cuauhtémoc 12.7 Código Postal: 06470 12.8 Localidad: Cuauhtémoc 12.9 Municipio o Alcaldía: Cuauhtémoc 12.10 Entidad federativa o país (resida en el extranjero): Ciudad de México											
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>						14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>						14.2 Ocupación habitual: Se ignora <input type="radio"/>					

15. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.

Marque la opción que corresponda a la institución donde estaba afiliada/o la (el) fallecida/o de la cual era derechohabiente.

- Es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas en el expediente clínico o por el informante.
- Cuando la (el) fallecida/o no tuvo afiliación a los Servicios de Salud, seleccionar la opción ‘Ninguna’ y omitir la respuesta de la pregunta 15.1, dejándola en blanco.
- En caso de no contar con la institución donde estaba afiliada/o en las opciones de respuesta, marcar la opción ‘Otra’ y debe anotar la institución en “Especifique”.
- En caso de no contar con esta información, marcar la opción ‘Se ignora’ y omitir la respuesta de la pregunta 15.1, dejándola en blanco.

15.1 Número de Seguridad Social y Afiliación.

Cuando la (el) fallecida/o tenga una afiliación o derechohabencia a Servicios de Salud, anotar el número de seguridad social o afiliación de la institución correspondiente.

- Para el caso en el que la (el) fallecida/o esté afiliado a más de una institución, anotar el número de afiliación de la opción correspondiente a la institución donde se atendió. Si la (el) fallecida/o no fue atendido por alguna de las instituciones a las que está afiliado, anotar el número de afiliación de la institución de la cual recibió las mayores prestaciones.
- Si esta información se desconoce, escriba la leyenda ‘Se ignora’.
- Debe quedar en blanco cuando en la pregunta 15 se haya seleccionado la opción ‘Ninguna’ o ‘Se ignora’.

Ejemplos:

Afiliación a Servicios de Salud conocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A) Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>											
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 9 8 5			3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México					
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2						6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique: HUASTECO											
9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique: BOLIVIA											
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Para menores de un día: <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes: <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año: <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Para persona de un año o más: <input type="checkbox"/> Años cumplidos 0 3 1 Se ignora <input type="checkbox"/>											
11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input checked="" type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>											
12. RESIDENCIA HABITUAL. Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido(a): 12.1 Tipo de vivienda: Avenida 12.2 Nombre de la vivienda: San Juan de Aragón 12.3 Núm. Ext.: 202 12.4 Núm. Int.: 0 6 4 7 0 12.5 Tipo de asentamiento humano: Cuauhtémoc 12.6 Nombre del asentamiento humano: Cuauhtémoc 12.7 Código Postal: Ciudad de México 12.8 Localidad: Cuauhtémoc 12.9 Municipio o Alcaldía: Cuauhtémoc 12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Ciudad de México											
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> Comerciante 14.1 Trabajaba Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> ISSFAM <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> *Especifique: 15.1 Número de seguridad social o afiliación: 81645310165											

Afiliación a Servicios de Salud se ignora o es desconocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A) Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>											
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 4 0 6 1 9 8 5			3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México					
5. CURP R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2						6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique: HUASTECO											
9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> *Especifique: BOLIVIA											
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Para menores de un día: <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes: <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año: <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Para persona de un año o más: <input type="checkbox"/> Años cumplidos 0 3 1 Se ignora <input type="checkbox"/>											
11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input checked="" type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>											
12. RESIDENCIA HABITUAL. Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido(a): 12.1 Tipo de vivienda: Avenida 12.2 Nombre de la vivienda: San Juan de Aragón 12.3 Núm. Ext.: 202 12.4 Núm. Int.: 0 6 4 7 0 12.5 Tipo de asentamiento humano: Cuauhtémoc 12.6 Nombre del asentamiento humano: Cuauhtémoc 12.7 Código Postal: Ciudad de México 12.8 Localidad: Cuauhtémoc 12.9 Municipio o Alcaldía: Cuauhtémoc 12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Ciudad de México											
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> Comerciante 14.1 Trabajaba Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> ISSFAM <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> *Especifique: 15.1 Número de seguridad social o afiliación:											

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

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

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

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

- En la medida de lo posible pedir una identificación oficial, para corroborar la firma de la (del) informante.
- El certificado se considera inválido sin ésta firma.
- Utilizar únicamente BOLÍGRAFO. No usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares.
- El informante debe firmar el original y cada uno de las 3 copias que componen el Certificado de Defunción para tener una mejor legibilidad de la firma.

Ejemplos:

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

DEL INF.	16. NOMBRE Nemesio Torres Covarrubias	17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO(A) Compañero	18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE 秩
----------	--	--	---------------------------------------

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

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

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

- Esta información siempre debe dejarse con respuesta y no debe quedar como desconocida.
- Si la defunción ocurrió en una Unidad Médica, sea Pública o Privada (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, IMSS BIENESTAR, otra Unidad Pública o Unidad Privada), marcar la opción correspondiente y pasar a las preguntas 19.1 y 19.2, las cuales siempre deben contar con respuesta.
- En caso de que la defunción haya ocurrido en la vía Pública, en el hogar o en otro lugar (opción 10, 11, 12 o 99 de la pregunta 19), las preguntas 19.1 y 19.2 deben dejarse en blanco.

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

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

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

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

Ejemplos:

La defunción sucedió DENTRO de una unidad médica

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				19.1 Nombre de la unidad médica		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		19.3 Tipo de unidad médica	
Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 7	Hospital General de México		D F S S A 0 0 3 9 7 3		Via pública <input type="checkbox"/> 10	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12	
IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 5	Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8					Hogar <input type="checkbox"/> 11	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
IMSS <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 6	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9							

La defunción sucedió FUERA de una unidad médica

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				19.1 Nombre de la unidad médica		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		19.3 Tipo de unidad médica	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 7					Via pública <input type="checkbox"/> 10	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12	
IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 5	Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8					Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
IMSS <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 6	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9							

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

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

20.1 Tipo de vialidad

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

20.2 Nombre de la vialidad

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

20.3 Núm. Exterior

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

20.4 Núm. Interior

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

20.5 Tipo de asentamiento humano

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

20.6 Nombre del asentamiento humano

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

20.7 Código Postal

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

20.8 Localidad.

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

20.9 Municipio o alcaldía.

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

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

20.10 Entidad Federativa.

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

Ejemplos:

Domicilio conocido, la defunción sucedió dentro de una unidad médica

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		19.1 Nombre de la unidad médica		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		19.3 Tipo de establecimiento humano		19.4 Código Postal	
Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 7	Hospital General de México		D F S S A 0 0 3 9 7 3		Via pública <input type="checkbox"/> 10	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12	
IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 5	Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8			148		Hogar <input type="checkbox"/> 11	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
IMSS <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 6	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	Calle		Dr. Balmis		0 6 7 2 6		
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		20.1 Tipo de vía		20.2 Nombre de la vía		20.3 Num. Ext.		20.4 Num. Int.	
Colonia		Cuahtémoc		Doctores		202		Ciudad de México	
20.5 Tipo de asentamiento humano		20.6 Localidad		20.7 Municipio o Alcaldía		20.8 Entidad federativa			
Cuahtémoc		Cuahtémoc		Cuahtémoc		Ciudad de México			

Domicilio conocido, la defunción sucedió en el hogar de la (del) fallecida/o

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		19.1 Nombre de la unidad médica		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		19.3 Tipo de establecimiento humano		19.4 Código Postal	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 7					Via pública <input type="checkbox"/> 10	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12	
IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 5	Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8					Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
IMSS <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 6	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9					0 6 4 7 0		
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		20.1 Tipo de vía		20.2 Nombre de la vía		20.3 Num. Ext.		20.4 Num. Int.	
Colonia		Cuahtémoc		San Rafael		202		Ciudad de México	
20.5 Tipo de asentamiento humano		20.6 Localidad		20.7 Municipio o Alcaldía		20.8 Entidad federativa			
Cuahtémoc		Cuahtémoc		Cuahtémoc		Ciudad de México			

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

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		19.1 Nombre de la unidad médica		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		19.3 Tipo de establecimiento humano		19.4 Código Postal	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 7					Via pública <input type="checkbox"/> 10	Otro lugar <input checked="" type="checkbox"/> 12	
IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 5	Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8					Hogar <input type="checkbox"/> 11	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
IMSS <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 6	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9							
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		20.1 Tipo de vía		20.2 Nombre de la vía		20.3 Num. Ext.		20.4 Num. Int.	
Se ignora		Se ignora		Se ignora		Se ignora		Se ignora	
20.5 Tipo de asentamiento humano		20.6 Localidad		20.7 Municipio o Alcaldía		20.8 Entidad federativa			
Se ignora		Se ignora		Se ignora		Se ignora			

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

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o del mes es de un dígito.
- La hora debe ser anotada en el formato HH:MM, utilizando la escala de 24 horas y completando ceros a la izquierda si el número correspondiente a la hora o a los minutos es de un dígito.
- Cuando se desconozca la fecha de la defunción, debe anotar 99/99/9999 si es posible anote la fecha más probable de está, por ejemplo se conoce el mes y año pero se desconoce el día, anote 99/05/2017

- Cuando se desconozca la hora de la defunción, debe anotar 99:99.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

Ejemplos:

Fecha y hora conocidas

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Colonia Cuauhtémoc 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad		Dr. Balmis Doctores Cuauhtémoc 20.2 Nombre de la localidad 20.8 Nombre del asentamiento humano 20.9 Municipio o Alcaldía		148 Ciudad de México 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int. 20.7 Código Postal 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 0 5 0 2 2 0 2 2 1 6 4 2 Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.1 Fecha de cirugía 23.2 Motivo de cirugía	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					

Fecha aproximada y hora desconocida

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Colonia Cuauhtémoc 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad		Dr. Balmis Doctores Cuauhtémoc 20.2 Nombre de la localidad 20.8 Nombre del asentamiento humano 20.9 Municipio o Alcaldía		148 Ciudad de México 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int. 20.7 Código Postal 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 9 9 0 2 2 0 2 2 9 9 9 9 Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.1 Fecha de cirugía 23.2 Motivo de cirugía	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					

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

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

Ejemplos:

Tuvo atención médica

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Colonia Cuauhtémoc 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad		Dr. Balmis Doctores Cuauhtémoc 20.2 Nombre de la localidad 20.8 Nombre del asentamiento humano 20.9 Municipio o Alcaldía		148 Ciudad de México 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int. 20.7 Código Postal 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 0 5 0 2 2 0 2 2 1 6 4 2 Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.1 Fecha de cirugía 23.2 Motivo de cirugía	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					

Se desconoce o se ignora si tuvo atención médica

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9			Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Via pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 00	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Colonia Cuauhtémoc 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad			Dr. Balmis 20.2 Nombre de la vialidad Doctores Cuauhtémoc 20.8 Nombre del asentamiento humano 20.9 Municipio o Alcaldía		148 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int. [06726] 20.7 Código Postal Ciudad de México 20.10 Entidad federativa		
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 9 9 0 2 2 0 2 2 Día Mes Año 9 9 9 9 Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 23.1 Fecha de cirugía 23.2 Motivo de cirugía		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	

23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Marque con una “X” la opción Sí cuando haya sido efectuada una cirugía en las últimas 4 semanas.

- En caso de no contar con esta información, marcar la opción “Se ignora”
- En caso de haber tenido una cirugía en las últimas 4 semanas, marcar la opción “SI” y conteste las preguntas 23.1 y 23.2.
- En caso de no haber tenido una cirugía en las últimas 4 semanas o ignorar haber tenido una cirugía en las últimas 4 semanas, marcar la opción “NO” o “Se ignora” respectivamente y dejar en blanco las preguntas 23.1 y 23.2.

23.1 Fecha de la cirugía.

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

23.2 Motivo de cirugía

- Se refiere al motivo por el cual se le realizó la cirugía sin importar si es de tipo diagnóstica, de tratamiento o estética.
- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Apendicitis, colecistectomía, mastectomía, quemadura, arritmia, entre otros.

Ejemplos:

Se ha efectuada una cirugía en las últimas 4 semanas

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9			Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Via pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 00	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Colonia Cuauhtémoc 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad			Dr. Balmis 20.2 Nombre de la vialidad Doctores Cuauhtémoc 20.8 Nombre del asentamiento humano 20.9 Municipio o Alcaldía		148 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int. [06726] 20.7 Código Postal Ciudad de México 20.10 Entidad federativa		
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 0 5 0 2 2 0 2 2 Día Mes Año 1 6 4 2 Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 23.1 Fecha de cirugía 20 0 1 2 0 2 2 Día Mes Año Apendicitis 23.2 Motivo de cirugía		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	

No se ha efectuada una cirugía en las últimas 4 semanas

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Hospital General de México		Via pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 7		18.1 Nombre de la unidad médica		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 00
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		D F S S A 0 0 3 9 7 3			
IMSS <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Dr. Balmis		148	
Calle		20.2 Nombre de la vivienda		20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int.	
Colonia		Doctores		067216	
20.5 Tipo de asentamiento humano		20.8 Nombre del asentamiento humano		20.7 Código Postal	
Cuauhtémoc		Cuauhtémoc		Ciudad de México	
20.8 Localidad		20.9 Municipio o Alcaldía		20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	
05022022		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
1642		23.1 Fecha de cirugía		23.2 Motivo de cirugía	
21.1 Día 21.2 Mes 21.3 Año		21.4 Día 21.5 Mes 21.6 Año		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?	
21.7 Horas 21.8 Minutos		Apendicitis		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	

24. ¿Fue defunción accidental o violenta? Si la muerte fue accidental o violenta, de aviso a la autoridad civil.

- Marque con una “X” la opción Sí cuando haya sido una defunción accidental o violenta.
- En caso de no contar con esta información, marcar la opción “Se ignora”

Ejemplos:

Es una defunción accidental o violenta

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Hospital General de México		Via pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 7		18.1 Nombre de la unidad médica		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 00
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		D F S S A 0 0 3 9 7 3			
IMSS <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Dr. Balmis		148	
Calle		20.2 Nombre de la vivienda		20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int.	
Colonia		Doctores		067216	
20.5 Tipo de asentamiento humano		20.8 Nombre del asentamiento humano		20.7 Código Postal	
Cuauhtémoc		Cuauhtémoc		Ciudad de México	
20.8 Localidad		20.9 Municipio o Alcaldía		20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	
05022022		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
1642		23.1 Fecha de cirugía		23.2 Motivo de cirugía	
21.1 Día 21.2 Mes 21.3 Año		21.4 Día 21.5 Mes 21.6 Año		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?	
21.7 Horas 21.8 Minutos		Apendicitis		Sí <input checked="" type="radio"/> X No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	

Se desconoce o se ignora si fue una defunción accidental o violenta

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Hospital General de México		Via pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 7		18.1 Nombre de la unidad médica		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 00
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		D F S S A 0 0 3 9 7 3			
IMSS <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Dr. Balmis		148	
Calle		20.2 Nombre de la vivienda		20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int.	
Colonia		Doctores		067216	
20.5 Tipo de asentamiento humano		20.8 Nombre del asentamiento humano		20.7 Código Postal	
Cuauhtémoc		Cuauhtémoc		Ciudad de México	
20.8 Localidad		20.9 Municipio o Alcaldía		20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	
05022022		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
1642		23.1 Fecha de cirugía		23.2 Motivo de cirugía	
21.1 Día 21.2 Mes 21.3 Año		21.4 Día 21.5 Mes 21.6 Año		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?	
21.7 Horas 21.8 Minutos		Apendicitis		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> X	

25. Tipo de Defunción. No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación. Marque con una “X” la opción del tipo de defunción que haya sido.

Ejemplos:

Tipo de defunción accidental

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Ciudad, Oficina de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Dr. Balmis 148 Colonia Doctores Cuauhtémoc 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad 20.9 Municipio o Alcaldía 20.10 Entidad federativa		20.1 Tipo de vivienda 20.2 Nombre de la vivienda 20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int. Doctores Cuauhtémoc Ciudad de México		20.6 Código Postal 06726	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05022022 Día Mes Año Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.1 Fecha de cirugía: 20012022 Día Mes Año 23.2 Motivo de cirugía: Apendicitis	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>		25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Lesiones autorrefrigadas intencionalmente <input type="checkbox"/> Intervención legal <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			

26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.

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

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

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

Es muy importante que:

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

Ejemplos:

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Dr. Balmis Colonia Cuauhtémoc 20.1 Tipo de localidad 20.5 Tipo de asentamiento humano		Doctores Cuauhtémoc 20.2 Nombre de la localidad 20.8 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 20.9 Municipio o Alcaldía 20.10 Entidad federativa		148 20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int. 0 6 7 2 6 20.7 Código Postal	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 0 5 0 2 2 0 2 2 Horas Minutos 1 6 4 2		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.1 Fecha de cirugía: 2 0 0 1 2 0 2 2 23.2 Motivo de cirugía: Apendicitis	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Lesiones autorregidas intencionalmente <input type="checkbox"/> Intervención legal <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) Reporte la cadena de abstracciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada. Estado de coma Encefalopatía urémica Insuficiencia renal crónica terminal Hipoplasia renal congénita Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción: 1 hora 3 días 7 meses 15 años Código CIE	

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

- Si se contesta afirmativamente, contestar las preguntas 27.1.

27.1 **¿Los Hallazgos se utilizaron en la certificación?** Marque con una "X" la opción Sí cuando los Hallazgos se utilizaron en la certificación.

Ejemplos:

Se practicó necropsia

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Dr. Balmis Colonia Cuauhtémoc 20.1 Tipo de localidad 20.5 Tipo de asentamiento humano		Doctores Cuauhtémoc 20.2 Nombre de la localidad 20.8 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 20.9 Municipio o Alcaldía 20.10 Entidad federativa		148 20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int. 0 6 7 2 6 20.7 Código Postal	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 0 5 0 2 2 0 2 2 Horas Minutos 1 6 4 2		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.1 Fecha de cirugía: 2 0 0 1 2 0 2 2 23.2 Motivo de cirugía: Apendicitis	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Lesiones autorregidas intencionalmente <input type="checkbox"/> Intervención legal <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) Reporte la cadena de abstracciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada. Estado de coma Encefalopatía urémica Insuficiencia renal crónica terminal Hipoplasia renal congénita Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción: 1 hora 3 días 7 meses 15 años Código CIE	
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/>		29. ¿LA (EL) FALLECID(A)O PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 29.1 ¿Fue diagnosticada de órganos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 30.1 CÓDIGO ADICIONAL			

Se desconoce o se ignora el tipo de defunción

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 5 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CIUES)		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 08	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Cuauhtémoc 20.1 Tipo de vía pública Colonia Cuauhtémoc 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad Cuauhtémoc		Dr. Balmis 20.2 Nombre de la vía pública Doctores Cuauhtémoc 20.8 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 20.10 Entidad federativa		148 20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int. 067216 20.7 Código Postal	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 0 5 0 2 2 0 2 2 Día Mes Año 1 6 4 2 Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 0		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 0 23.1 Fecha de cirugía 20011202 Día Mes Año 23.2 Motivo de cirugía Apendicitis	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 0					
25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="radio"/> 8 Accidente <input type="radio"/> 1 Agresión <input type="radio"/> 2 Lesiones autorregidas intencionalmente <input type="radio"/> 3 Intervención legal <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 6					
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) a) Estado de coma b) Encefalopatía urémica c) Insuficiencia renal crónica terminal d) Hipoplasia renal congénita Reporte la cadena de abstracciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada. PARTE II: Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción. (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción: 1 hora 3 días 7 meses 15 años					
27. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 0 27.1 ¿Los hallazgos se obtuvieron en la certificación? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en sus últimos 11 meses previos a la defunción <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		29. ¿LA (EL) FALLECIDO(A) PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 29.1 ¿Fue Correlatoria de órganos? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 30.1 CÓDIGO ADICIONAL					

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

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

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

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

21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio

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

Ejemplos:

La mujer no estuvo embarazada

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Dr. Balmis 148 Colonia Doctores Cuauhtémoc 20.1 Tipo de vivienda 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad Cuauhtémoc		20.2 Nombre de la vivienda 20.6 Nombre del asentamiento humano Cuauhtémoc 20.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México		20.3 Num. Ext. 06726 20.4 Num. Int. 126 20.7 Código Postal 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/02/2022 Día Mes Año 16:42 Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora 23.1 Fecha de cirugía: 20/01/2022 23.2 Motivo de cirugía: Apendicitis	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Agresión <input type="radio"/> Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> Intervención legal <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción: 1 hora 3 días 7 meses 15 años	
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) Reporte la cadena de afecciones o eventos en detalle orden (si aplica) Anote la causa básica en la última línea utilizada.		a) Estado de coma Debido a (o como consecuencia de) b) Encefalopatía urémica Debido a (o como consecuencia de) c) Insuficiencia renal crónica terminal Debido a (o como consecuencia de) d) Hipoplasia renal congénita		Código CIE 30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 30.1 CÓDIGO ADICIONAL	
27. ¿SE PRÁCTICÓ NECRÓPSIA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora 27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input checked="" type="radio"/> X El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		29. ¿LA (EL) FALLECIDO/PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 29.1 ¿Fue Condonador de órganos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

La mujer estuvo embarazada

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Dr. Balmis 148 Colonia Doctores Cuauhtémoc 20.1 Tipo de vivienda 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad Cuauhtémoc		20.2 Nombre de la vivienda 20.6 Nombre del asentamiento humano Cuauhtémoc 20.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México		20.3 Num. Ext. 06726 20.4 Num. Int. 126 20.7 Código Postal 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/02/2022 Día Mes Año 16:42 Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora 23.1 Fecha de cirugía: 20/01/2022 23.2 Motivo de cirugía: Apendicitis	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Agresión <input type="radio"/> Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> Intervención legal <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción: 1 hora 3 días 7 meses 15 años	
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) Reporte la cadena de afecciones o eventos en detalle orden (si aplica) Anote la causa básica en la última línea utilizada.		a) Estado de coma Debido a (o como consecuencia de) b) Encefalopatía urémica Debido a (o como consecuencia de) c) Insuficiencia renal crónica terminal Debido a (o como consecuencia de) d) Hipoplasia renal congénita		Código CIE 30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 30.1 CÓDIGO ADICIONAL	
27. ¿SE PRÁCTICÓ NECRÓPSIA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora 27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input checked="" type="radio"/> X 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		29. ¿LA (EL) FALLECIDO/PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 29.1 ¿Fue Condonador de órganos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

29. ¿LA (EL) FALLECIDO PRESENTO MUERTE ENCEFÁLICA? Marque con una “X” la opción Sí cuando haya presentado muerte encefálica, pero se mantuvieron los órganos funcionando durante un tiempo, normalmente esta condición se presenta si la persona estuvo conectada a un respirador.

- Si se contesta afirmativamente, contestar las preguntas 29.1.

29.1 ¿Fue donadora/or de órganos? Marque con una “X” la opción Sí cuando la (el) fallecida/o haya donado sus órganos.

- Si se desconoce o se ignora marca con una “X” la opción No

Ejemplos:

Tuvo muerte encefálica

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _3 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> _8 IMSS <input type="radio"/> _3 SEDENA <input type="radio"/> _9 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9		Hospital General de México 19.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 3 9 7 3 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Dr. Balmis 148 Colonia Doctores 20.1 Tipo de vía 20.2 Nombre de la vía 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int.		Ciudad Cuauhtémoc 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.6 Municipio o Alcaldía Cuauhtémoc 20.7 Código Postal 06726 20.8 Localidad 20.9 Entidad federativa Ciudad de México			
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 0 5 0 2 2 0 2 2 Día Mes Año 1 6 4 2 Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 23.1 Fecha de cirugía: 2 0 0 1 2 0 2 2 Día Mes Año 23.2 Motivo de cirugía: Apendicitis	
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input checked="" type="radio"/> _4 Accidente <input type="radio"/> _1 Agresión <input type="radio"/> _2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> _3 Intervención legal <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9			
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) a) Estado de coma Debido a (o como consecuencia de) b) Encefalopatía uremica Debido a (o como consecuencia de) c) Insuficiencia renal crónica terminal Debido a (o como consecuencia de) d) Hipoplasia renal congénita		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción: 1 hora 3 días 7 meses 15 años		Código CIE 30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 30.1 CODIGO ADICIONAL	
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4 El parto <input type="radio"/> _2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input checked="" type="radio"/> _3 El puerperio <input type="radio"/> _3		29. ¿LA (EL) FALLECIDO PRESENTO MUERTE ENCEFÁLICA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2	

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

30.1 Código adicional. Este espacio es para uso exclusivo de personal codificador, favor de dejarlo en blanco

MUERTES ACCIDENTALES O VIOLENTAS

Si la muerte fue accidental o violenta, de aviso a la autoridad civil, ya que el médico legista debe levantar el certificado, respondiendo a cada una de las preguntas en este apartado.

Cuando la defunción no fue accidental o violenta este apartado no se debe responder.

SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

31. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?, Seleccionar la opción Sí, No o ‘Se ignora’.

Ejemplo

Ocurrió en el desempeño de su trabajo

NTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)			33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:		
	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8	
		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área comercial o de servicio (later, fábrica u obra) <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9		

Se desconoce o se ignora si ocurrió en el desempeño de su trabajo

NTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)			33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:		
	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8	
		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área comercial o de servicio (later, fábrica u obra) <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9		

32. Lugar donde ocurrió la lesión (Accidental o Violenta).

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

Ejemplo

Lugar donde ocurrió la lesión

NTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)			33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:		
	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8	
		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área comercial o de servicio (later, fábrica u obra) <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9		

Se desconoce o se ignora el Lugar donde ocurrió la lesión

NTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)			33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:		
	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8	
		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área comercial o de servicio (later, fábrica u obra) <input type="radio"/> 5	Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9		

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

- Anotar el número de acta donde fue inscrita la defunción ante el Ministerio Público.
- Si se desconoce o se ignora coloque la leyenda “Se ignora”

Ejemplo

Acta número

NTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Área industrial (fábrica, taller, etc.) <input type="checkbox"/> 6	Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: MH5UI2CD00753062F

Se desconoce o se ignora

NTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Área industrial (fábrica, taller, etc.) <input type="checkbox"/> 6	Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 9	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: Se ignora

34. Relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a). Anote la relación que tenía la (el) presunta/o agresora/or con la (el) fallecida/o.

- Si la muerte fue por un presunto homicidio, especifique el parentesco que existía entre el presunto agresor con la (el) fallecida/o (padre, madre, madrastra, concubina, esposo, etc.).
- En caso de no existir un parentesco anote “ninguno”.

Ejemplo

Relación que tenía el presunto agresor

AL O VIOLENTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Área industrial (fábrica, taller, etc.) <input type="checkbox"/> 6	Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: MH5UI2CD00753062F
	34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR(A) OR CON LA (EL) FALLECID(A) O Ninguno	35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TOXICO):		Investigación pendiente <input type="checkbox"/> 1	No puede determinarse <input type="checkbox"/> 2

Se desconoce o se ignora

AL O VIOLENTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Área industrial (fábrica, taller, etc.) <input type="checkbox"/> 6	Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 9	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: Se ignora
	34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR(A) OR CON LA (EL) FALLECID(A) O Se ignora	35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TOXICO):		Investigación pendiente <input type="checkbox"/> 1	No puede determinarse <input type="checkbox"/> 2

35. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la causa externa.

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

- Si la muerte está involucrada en un proceso legal, marque con una “X” la opción “investigación pendiente” o Si se desconoce el origen de las lesiones, marque con una “X” la opción “no puede determinarse”.

Ejemplo

Presunto homicidio, a causa de una riña en la calle con una investigación legal

AL O VIOLENTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 ignora <input type="radio"/> 3	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> 4 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u otros) <input type="radio"/> 6 Otros <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: MH5UI2CD00753062F
	34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO A GRESOR(A) OR CON LA (EL) FALLECIDO(A) Ninguno	35. DESCRIBA BREVEEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO): Agresión con arma de fuego, durante riña colectiva	Investigación <input checked="" type="radio"/> 1 No puede determinarse <input type="radio"/> 2

36. Domicilio donde ocurrió la lesión (accidente o violenta). Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio.

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

36.1 Tipo de vialidad

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

36.2 Nombre de la vialidad

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

36.3 Núm. Exterior

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

36.4 Núm. Interior

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

36.5 Tipo de asentamiento humano

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

36.6 Nombre del asentamiento humano

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

36.7 Código Postal

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

36.8 Localidad.

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

36.9 Municipio o alcaldía.

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

36.10 Entidad Federativa.

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

Ejemplo:

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

ACCIDENTAL O VIOLENTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle o carretera (no pública) <input checked="" type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área industrial (fábrica u otras) <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: MH5UI2CD00753062F Investigación pendiente <input type="radio"/> 1 No puede determinarse <input type="radio"/> 2
	34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO ASESORADO/R CON LA (EL) FALLECIDO/A Ninguno	35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO): Agresión con arma de fuego, durante riña colectiva	
	36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle: Calle Pueblo: Iztapalapa 36.1 Tipo de localidad: Calle 36.2 Tipo de asentamiento humano: Iztapalapa 36.3 Localidad: Iztapalapa	36.4 Nombre de la localidad: Sur 101-B 36.5 Nombre del asentamiento humano: Iztapalapa 36.6 Municipio o Alcaldía: Iztapalapa	36.7 Núm. Ext.: B 36.8 Núm. Int.: 0909 36.9 Código Postal: Ciudad de México 36.10 Entidad federativa: B

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

ACCIDENTAL O VIOLENTA	31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle o carretera (no pública) <input checked="" type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área industrial (fábrica u otras) <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: MH5UI2CD00753062F Investigación pendiente <input type="radio"/> 1 No puede determinarse <input type="radio"/> 2
	34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO ASESORADO/R CON LA (EL) FALLECIDO/A Ninguno	35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO): Agresión con arma de fuego, durante riña colectiva	
	36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Se ignora	36.1 Tipo de localidad: Se ignora 36.2 Tipo de asentamiento humano: Se ignora 36.3 Localidad: Se ignora	36.4 Nombre de la localidad: Se ignora 36.5 Nombre del asentamiento humano: Se ignora 36.6 Municipio o Alcaldía: Se ignora 36.7 Núm. Ext.: Se ignora 36.8 Núm. Int.: Se ignora 36.9 Código Postal: Se ignora 36.10 Entidad federativa: Se ignora

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

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

- En el caso de ser una (un) médica/o pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 “Personas autorizadas por la Secretaría de Salud”

Ejemplo:

La defunción fue certificada por un médico

NTE	37. CERTIFICADA POR	Medicav/o tratante <input type="radio"/> 1	Medicav/o legista <input type="radio"/> 2	Otro/a medicav/o* <input checked="" type="radio"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad Civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 6	Medico Nefrólogo
-----	---------------------	--	---	--	---	--	-------------------------------	------------------

La defunción fue certificada por un médico pasante

NTE	37. CERTIFICADA POR	Medicav/o tratante <input type="radio"/> 1	Medicav/o legista <input type="radio"/> 2	Otro/a medicav/o* <input type="radio"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 4	Autoridad Civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 6	*Especifique:
-----	---------------------	--	---	---	--	--	-------------------------------	---------------

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

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

Ejemplo:

CERTIFICANTE	37. CERTIFICADA POR: Médico/a tratante <input type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad Civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique: <u>Médico Nefrólogo</u>			
	38. NOMBRE <u>Carlos Alberto Andrade López</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A <u>1234567</u> Número de la cédula profesional

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

- Si el certificante no es médico, omitir respuesta.

Ejemplo:

La defunción fue certificada por un médico

CERTIFICANTE	37. CERTIFICADA POR: Médico/a tratante <input type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad Civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique: <u>Médico Nefrólogo</u>			
	38. NOMBRE <u>Carlos Alberto Andrade López</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A <u>1234567</u> Número de la cédula profesional

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

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

Ejemplo:

firma del certificante

CERTIFICANTE	37. CERTIFICADA POR: Médico/a tratante <input type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad Civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique: <u>Médico Nefrólogo</u>			
	38. NOMBRE <u>Carlos Alberto Andrade López</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A <u>1234567</u> Número de la cédula profesional

41. DOMICILIO Y TELÉFONO

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

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

41.1 Tipo de vialidad

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

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

41.2 Nombre de la vialidad

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

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

41.3 Núm. Exterior

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

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

41.4 Núm. Interior

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

41.5 Tipo de asentamiento humano

Clasificación que se da al asentamiento humano.

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

41.6 Nombre del asentamiento humano

Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.

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

41.7 Código Postal

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

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

41.8 Localidad

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

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

41.9 Municipio o alcaldía

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

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

41.10 Entidad federativa

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

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

41.11 Teléfono

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

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

Ejemplo:

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

DE LA (DEL) CERTIFICANTE	37. CERTIFICADA POR: Médico/a tratante <input type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad Civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 *Especificar: Médico Nefrólogo			38. NOMBRE: Carlos Alberto Andrade López Número(s) 1234567			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A 1234567			40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE					
	41. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calle Doctores 41.1 Tipo de vivienda			41.2 Nombre de la vivienda Dr. Balmis			41.3 Núm. Ext. 148			41.4 Núm. Int. 148			41.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		
	41.6 Nombre del asentamiento humano Cuauhtémoc			41.7 Código Postal 06726			41.8 Localidad Cuauhtémoc			42. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
	41.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México			41.10 Entidad federativa Ciudad de México			41.11 Teléfono 5544067289			41.12 Localidad Ciudad de México					

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

DE LA (DEL) CERTIFICANTE	37. CERTIFICADA POR: Médico/a tratante <input type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad Civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 *Especificar: Médico Nefrólogo			38. NOMBRE: Carlos Alberto Andrade López Número(s) 1234567			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A 1234567			40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE					
	41. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calle Caizada 41.1 Tipo de vivienda			41.2 Nombre de la vivienda Héroes del Sur			41.3 Núm. Ext. 1420			41.4 Núm. Int. 1420			41.5 Tipo de asentamiento humano Fraccionamiento		
	41.6 Nombre del asentamiento humano Tlalpan			41.7 Código Postal 08922			41.8 Localidad Tlalpan			42. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
	41.9 Municipio o Alcaldía Tlalpan			41.10 Entidad federativa Ciudad de México			41.11 Teléfono 5565772190			41.12 Localidad Tlalpan					

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

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

Ejemplo:

El certificado se expidió el mismo día de la defunción.

DE LA (DEL) CERTIFICANTE	37. CERTIFICADA POR: Médico/a tratante <input type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad Civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 *Especificar: Médico Nefrólogo			38. NOMBRE: Carlos Alberto Andrade López Número(s) 1234567			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A 1234567			40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE					
	41. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calle Doctores 41.1 Tipo de vivienda			41.2 Nombre de la vivienda Dr. Balmis			41.3 Núm. Ext. 148			41.4 Núm. Int. 148			41.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		
	41.6 Nombre del asentamiento humano Cuauhtémoc			41.7 Código Postal 06726			41.8 Localidad Cuauhtémoc			42. FECHA DE CERTIFICACIÓN 05022022					
	41.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México			41.10 Entidad federativa Ciudad de México			41.11 Teléfono 5544067289			41.12 Localidad Ciudad de México					

DATOS DEL REGISTRO CIVIL

43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

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

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

Número. Número de registro en la oficialía del Registro Civil

Libro Número. Número de libro donde fue inscrita la defunción

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

44. LUGAR DE REGISTRO. Anotar el domicilio completo donde se localiza la Oficialía o Juzgado

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

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

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

- Sin abreviaturas.

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

- Sin abreviaturas.

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

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

Ejemplo:

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

DEL REG. CIVIL	43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	44. LUGAR DE REGISTRO	45. FECHA DE REGISTRO
	Num. 12345 12345	Toluca	2 1 0 2 2 0 1 6
	Num. Libro 12345	44.1 Localidad Toluca de Lerdo	Día Mes Año
	Num. Acta 12345678	44.2 Municipio o Alcaldía estado de México	44.3 Entidad Federativa

II. FORMATO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL FRENTE Y REVERSO

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

FOLIO
999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. SEXO Masculino <input type="radio"/> / Femenino <input type="radio"/>		2. EDAD GESTACIONAL Semanas: _____ Días: _____		3. PESO Kilogramos: _____ Gramos: _____		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input type="radio"/> / Reproducción asistida <input type="radio"/>		4.1 El Embarazo fue: Único <input type="radio"/> / Tipo <input type="radio"/> / Gemelar <input type="radio"/>		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/>		5.2 Total de consultas recibidas: _____	
6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal <input type="radio"/> / Complicado <input type="radio"/>		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto <input type="radio"/> / Durante el parto <input type="radio"/>		7.1 Causa de la muerte del producto: Normal <input type="radio"/> / Mecánica <input type="radio"/>		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/>		8. FECHA Y HORA DE LA ESPULSIÓN O EXTRACCIÓN Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____					
9. SITIO DONDE OCURRIÓ LA ESPULSIÓN O EXTRACCIÓN													
9.1 Nombre de la unidad médica: _____													
9.2 Dirección de la unidad médica: _____													
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA ESPULSIÓN O EXTRACCIÓN													
10.1 Tipo de vivienda: _____			10.2 Nombre de la vivienda: _____			10.3 País: Exterior <input type="radio"/> / Interior <input type="radio"/>		10.4 País: Interior: _____			10.5 Código Postal: _____		
10.6 Tipo de asentamiento humano: _____													
10.7 Localidad: _____													
10.8 Municipio o Alcaldía: _____													
10.9 Estado federativo: _____													
11. ¿QUÉ ATENDIÓ LA ESPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico generalista <input type="radio"/> / Otro médico <input type="radio"/> / Enfermero <input type="radio"/> / Partera <input type="radio"/> / Otro <input type="radio"/>													
12. PROCEDIMIENTO PARA LA ESPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Púrpura vaginal espontánea <input type="radio"/> / Cesárea <input type="radio"/> / Se ignoró <input type="radio"/> / Otro <input type="radio"/>													
13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O BASTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/>													
13.1 Descripción de la(s) violencia(s): _____													
14. NOMBRE DEL INF. (Nombres, Primer Apellido, Segundo Apellido)						15. PARENTESCO CON EL PRODUCTO			16. FIRMA DE LA(S) INFORMANTE(S)				
17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Indicar una sola causa en cada renglón. Cada renglón incluye de norte a sur: nombre, identificación de la comunicación materno-fetal, etc.)													
PARTE I Condiciones fetales o maternas que causó directamente la muerte:													
I.1 Debido a (o como consecuencia de): _____													
I.2 Debido a (o como consecuencia de): _____													
I.3 Debido a (o como consecuencia de): _____													
PARTE II Otras lesiones patológicas significativas del feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado materno que lo produjo:													
II.1 _____													
II.2 _____													
II.3 _____													
II.4 _____													
II.5 _____													
II.6 _____													
II.7 _____													
II.8 _____													
II.9 _____													
II.10 _____													
II.11 _____													
II.12 _____													
II.13 _____													
II.14 _____													
II.15 _____													
II.16 _____													
II.17 _____													
II.18 _____													
II.19 _____													
II.20 _____													
II.21 _____													
II.22 _____													
II.23 _____													
II.24 _____													
II.25 _____													
II.26 _____													
II.27 _____													
II.28 _____													
II.29 _____													
II.30 _____													
II.31 _____													
II.32 _____													
II.33 _____													
II.34 _____													
II.35 _____													
II.36 _____													
II.37 _____													
II.38 _____													
II.39 _____													
II.40 _____													
II.41 _____													
II.42 _____													
II.43 _____													
II.44 _____													
II.45 _____													
II.46 _____													
II.47 _____													
II.48 _____													
II.49 _____													
II.50 _____													
II.51 _____													
II.52 _____													
II.53 _____													
II.54 _____													
II.55 _____													
II.56 _____													
II.57 _____													
II.58 _____													
II.59 _____													
II.60 _____													
II.61 _____													
II.62 _____													
II.63 _____													
II.64 _____													
II.65 _____													
II.66 _____													
II.67 _____													
II.68 _____													
II.69 _____													
II.70 _____													
II.71 _____													
II.72 _____													
II.73 _____													
II.74 _____													
II.75 _____													
II.76 _____													
II.77 _____													
II.78 _____													
II.79 _____													
II.80 _____													
II.81 _____													
II.82 _____													
II.83 _____													
II.84 _____													
II.85 _____													
II.86 _____													
II.87 _____													
II.88 _____													
II.89 _____													
II.90 _____													
II.91 _____													
II.92 _____													
II.93 _____													
II.94 _____													
II.95 _____													
II.96 _____													
II.97 _____													
II.98 _____													
II.99 _____													
II.100 _____													
II.101 _____													
II.102 _____													
II.103 _____													
II.104 _____													
II.105 _____													
II.106 _____													
II.107 _____													
II.108 _____													
II.109 _____													
II.110 _____													
II.111 _____													
II.112 _____													
II.113 _____													
II.114 _____													
II.115 _____													
II.116 _____													
II.117 _____													
II.118 _____													
II.119 _____													
II.120 _____													
II.121 _____													
II.122 _____													
II.123 _____													
II.124 _____													
II.125 _____													
II.126 _____													
II.127 _____													
II.128 _____													
II.129 _____													
II.130 _____													
II.131 _____													
II.132 _____													
II.133 _____													
II.134 _____													
II.135 _____													
II.136 _____													
II.137 _____													
II.138 _____													
II.139 _____													
II.140 _____													
II.141 _____													
II.142 _____													
II.143 _____													
II.144 _____													
II.145 _____													
II.146 _____													
II.147 _____													
II.148 _____													
II.149 _____													
II.150 _____													
II.151 _____													
II.152 _____													
II.153 _____													
II.154 _____													
II.155 _____													
II.156 _____													
II.157 _____													
II.158 _____													
II.159 _____													
II.160 _____													
II.161 _____													
II.162 _____													
II.163 _____													
II.164 _____													
II.165 _____													
II.166 _____													
II.167 _____													
II.168 _____													
II.169 _____													
II.170 _____													
II.171 _____													
II.172 _____													
II.173 _____													
II.174 _____													
II.175 _____													
II.176 _____													
II.177 _____													
II.178 _____													
II.179 _____													
II.180 _____													
II.181 _____													
II.182 _____													
II.183 _____													
II.184 _____													
II.185 _____													
II.186 _____													
II.187 _____													
II.188 _____													
II.189 _____													
II.190 _____													
II.191 _____													
II.192 _____													
II.193 _____													
II.194 _____													
II.195 _____													
II.196 _____													
II.197 _____													
II.198 _____													
II.199 _____													
II.200 _____													
II.201 _____													
II.202 _____													
II.203 _____													
II.204 _____													
II.205 _____													
II.206 _____													
II.207 _____													
II.208 _____													
II.209 _____													
II.210 _____													
II.211 _____													
II.212 _____													
II.213 _____													
II.214 _____													
II.215 _____													
II.216 _____													
II.217 _____													
II.218 _____													
II.219 _____													
II.220 _____													
II.221 _____													
II.222 _____													
II.223 _____													
II.224 _____													
II.225 _____													
II.226 _____													
II.227 _____													
II.228 _____													
II.229 _____													
II.230 _____													
II.231 _____													
II.232 _____													
II.233 _____													
II.234 _____													
II.235 _____													
II.236 _____													
II.237 _____													
II.238 _____													
II.239 _____													
II.240 _____													
II.241 _____													
II.242 _____													
II.243 _____													
II.244 _____													
II.245 _____													
II.246 _____													
II.247 _____													
II.248 _____													
II.249 _____													
II.250 _____													
II.251 _____													
II.252 _____													
II.253 _____													
II.254 _____													
II.255 _____													
II.256 _____													
II.257 _____													
II.258 _____													
II.259 _____													
II.260 _____													
II.261 _____													
II.262 _____													
II.263 _____													
II.264 _____													
II.265 _____													
II.266 _____													
II.267 _____													
II.268 _____													
II.269 _____													
II.270 _____													
II.271 _____													
II.272 _____													
II.273 _____													
II.274 _____													
II.275 _____													
II.276 _____													
II.277 _____													
II.278 _____													
II.279 _____													
II.280 _____													
II.281 _____													
II.282 _____													
II.283 _____													
II.284 _____													
II.285 _____													
II.286 _____													
II.287 _____													
II.288 _____													
II.289 _____													
II.290 _____													
II.291 _____													
II.292 _____													
II.293 _____													
II.294 _____													
II.295 _____													
II.296 _____													
II.297 _____													
II.298 _____													
II.299 _____													
II.300 _____													
II.301 _____													
II.302 _____													
II.303 _____													
II.304 _____													
II.305 _____													
II.306 _____													
II.307 _____													
II.308 _____													
II.309 _____													
II.310 _____													
II.311 _____													
II.312 _____													
II.313 _____													
II.314 _____													
II.315 _____													
II.316 _____													
II.317 _____													
II.318 _____													
II.319 _____													
II.320 _____													
II.321 _____													
II.322 _____													
II.323 _____													
II.324 _____													
II.325 _____													
II.326 _____													
II.327 _____													
II.328 _____													
II.329 _____													
II.330 _____													
II.331 _____													
II.332 _____													
II.333 _____													
II.334 _____													
II.335 _____													
II.336 _____													
II.337 _____													
II.338 _____													
II.339 _____													
II.340 _____													
II.341 _____													
II.342 _____													
II.343 _____													
II.344 _____													
II.345 _____													
II.346 _____													
II.347 _____													
II.348 _____													
II.349 _____													
II.350 _____													
II.351 _____													
II.352 _____													
II.353 _____													
II.354 _____													
II.355 _____													
II.356 _____													
II.357 _____													
II.358 _____													
II.359 _____													
II.360 _____													
II.361 _____													
II.362 _____													
II.363 _____													
II.364 _____													
II.365 _____													
II.366 _____													
II.367 _____													
II.368 _____													
II.369 _____													
II.370 _____													
II.371 _____													
II.372 _____													
II.373 _____													
II.374 _____													
II.375 _____													
II.376 _____													
II.377 _____													
II.378 _____													
II.379 _____													
II.380 _____													
II.381 _____													
II.382 _____													
II.383 _____													
II.384 _____													
II.385 _____													
II.386 _____													
II.387 _____													
II.388 _____													
II.389 _____													
II.390 _____													
II.391 _____													
II.392 _____													
II.393 _____													
II.394 _____													
II.395 _____													
II.396 _____													
II.397 _____													
II.398 _____													
II.399 _____													
II.400 _____													
II.401 _____													
II.402 _____													
II.403 _____													
II.404 _____													
II.405 _____													
II.406 _____													
II.407 _____													
II.408 _____													
II.409 _____													
II.410 _____													
II.411 _____													
II.412 _____													
II.413 _____													
II.414 _____													
II.415 _____													
II.416 _____													
II.417 _____													
II.418 _____													
II.419 _____													
II.420 _____													
II.421 _____													
II.422 _____													
II.423 _____													
II.424 _____													
II.425 _____													
II.426 _____													
II.427 _____													
II.428 _____													
II.429 _____													
II.430 _____													
II.431 _____													
II.432 _____													
II.433 _____													
II.434 _____													
II.435 _____													
II.436 _____													
II.437 _____													
II.438 _____													
II.439 _____													
II.440 _____													
II.441 _____													
II.442 _____													
II.443 _____													
II.444 _____													
II.445 _____													
II.446 _____													
II.447 _____													
II.448 _____													
II.449 _____													
II.450 _____													
II.451 _____													
II.452 _____													
II.453 _____													
II.454 _____													
II.455 _____													
II.456 _____													
II.457 _____													
II.458 _____													
II.459 _____													
II.460 _____													
II.461 _____													
II.462 _____													
II.463 _____													
II.464 _____													
II.465 _____													
II.466 _____													

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un/a médico/a, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médico/a, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxílese con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recorra el expediente clínico de la madre o gestante para obtener (o cotéjar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, 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.**
- Escribo con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2018 anote [0]1[0]9[2]018]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2018), anote: [9]9[9]9[2]018].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe explicar de forma clara la información que se solicita, en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o fene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Paseo, Boulevard), Nombre de la vivienda, Núm. Exterior (ej. 980) e Interior si aplica (ej. 21, 2A, Q5). Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no contiene "F" DE ERRATAS y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0]4[5]0, si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1]3[0]0. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 8.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 8.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquí en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción, la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE 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]6[0]5.
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "SI", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre/gestante o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

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

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

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón. En el espacio blanco de cada renglón para codificar, anote la indicación de la clasificación médica (ej. ICD-10).		Clasifique a la causa del	Uso CS
		INTERNACIONAL	
17a	Hemorragia intraventricular Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
17b	Hipoxia intrauterina Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
17c	Insuficiencia placentaria Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17d	Hipertensión gestacional	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17e. Tabaquismo		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

- ¿SE LE RECONOCIÓ COMO AFROMEXICANA/O?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afromexicana/o.
- ¿SE CONSIDERABA 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.
- ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante habie 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 esta 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 hubiera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- Ocupación habitual.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera/o, maestro/a, etc. En 31.1 marque la opción "SI" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante, se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de las/os hijas/os, a estudiar, rentista, etc.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre o gestante no tenga afiliación a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que ésta guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO).** Anote el número de hijas/os nacidas/os vivas/os que ha tenido la madre o gestante, independientemente de si a la fecha están vivas/os o no, cuántas/os hayan nacido muertas/os y cuántas/os sobrevivien.
- ¿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 36.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 36-41. DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicos/as, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- 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

12. DESCRIPCIÓN DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

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

- 1) Datos del producto del Embarazo y del Suceso (**de la pregunta 1 a la 13**). El objetivo de este apartado es obtener información del producto y que permite conocer las condiciones en las que se dio la expulsión o extracción, así como el lugar donde sucedió.
- 2) Datos del informante (**pregunta 14 a la 16**). El objetivo de este apartado es obtener información que nos permita identificar a la persona que proporcionó los datos, para aclaraciones posteriores.
- 3) Causas de la Muerte Fetal (**pregunta 17 y 18**). El objetivo de este apartado es obtener información de las causas que provocan la Muerte Fetal.
- 4) Datos de la madre o gestante (**de la pregunta 19 a la 35**). El objetivo de este apartado es obtener información socio demográfica de la madre.
- 5) Datos del certificante (**de la pregunta 36 a la 42**). El objetivo de este apartado es obtener información que nos permita identificar a la persona que llenó el *Certificado de Muerte Fetal*, para tener la posibilidad de una aclaración posterior sobre el llenado (como la vigilancia epidemiológica).

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

13. LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

CONSIDERACIONES PREVIAS AL LLENADO

Los datos personales anotados en el Certificado de Muerte Fetal están protegidos conforme a la Ley general de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados y la ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares.

Debe ser expedido por una/un médica/o, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud. Leer cuidadosamente la información que se le solicita en cada pregunta. Si la muerte fetal ocurrió en una Unidad Médica deberá recurrir al expediente clínico de la madre para obtener o cotejar la información requerida, en caso contrario utilizar la información proporcionada por la madre, el padre o familiar.

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

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

Este documento no contiene “FE DE ERRATAS”. Evitar hacer tachaduras, enmendaduras, borrones, uso de corrector, ya que ello invalida el documento. Si hay error en el llenado, se debe proceder a cancelar el *certificado* y elaborar uno nuevo.

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

Considerar lo siguiente:

En las preguntas de opción múltiple, el certificante debe seleccionar sólo una opción, marcando con una “X” el círculo correspondiente.

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

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

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

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

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DEL LLENADO DE CADA PREGUNTA.

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO

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

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

Ejemplo:

El sexo se puede determinar y es hombre

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

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

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

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

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

Ejemplo:

Edad gestacional conocida

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

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

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ..., 9)

- Completar con cero a la izquierda si el peso es menor a 1000 gramos.
- 1 kilo = 1000 gramos. Ejemplo: si el producto pesa 1 kilos 400 gramos se debe anotar 1400

Ejemplo:

El peso es conocido y es de 390 gramos

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

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

Ejemplo:

El embarazo fue espontaneo

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

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

Ejemplo:

El embarazo fue de un producto único

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

5. ATENCIÓN PRENATAL:

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

5.2 Total de consultas recibidas:

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

Ejemplos:

Si recibió atención prenatal y fueron 5 consultas

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

No recibió atención prenatal

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

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

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

Ejemplo:

El embarazo fue complicado

1. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Se ignora <input type="checkbox"/> ₃ Mujer <input type="checkbox"/> ₂	2. EDAD GESTACIONAL 1 8 Semanas	3. PESO 0 3 9 0 Gramos	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Reproducción asistida <input type="checkbox"/> ₂	4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Tres o más <input type="checkbox"/> ₃ Gemelar <input type="checkbox"/> ₂	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Si <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Se ignora <input type="checkbox"/> ₉ No <input type="checkbox"/> ₂	5.2 Total de consultas recibidas 0 5
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="checkbox"/> ₁ Complicado <input checked="" type="checkbox"/> ₂	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="checkbox"/> ₁ Durante el parto <input type="checkbox"/> ₂	7.1 Estado de la piel del producto Normal <input type="checkbox"/> ₁ Macerada <input type="checkbox"/> ₂	7.2 ¿Se practicó necropsia? Si <input type="checkbox"/> ₁ No <input type="checkbox"/> ₂	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos		

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

Los datos que sugieren muerte fetal antes del parto son:

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

(Caber L. Obstetricia y medicina materno fetal 2007)

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

Las características anatómicas se van modificando conforme pasa el tiempo:

- Maceración ocurre posterior a la semana 23 de gestación en la cual posterior al tercer día de ocurrida la muerte la piel se desprende y se observan vesículas en pies, manos, escroto y al final cara. La dermis desnuda se llena de hemoglobina y el feto luce color violáceo. Así mismo los huesos craneales se reblandecen, crepitan y cabalgan entre sí.
(Keeling Fetal and neonatal Pathology, 2007)

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

Ejemplo:

La muerte fetal ocurrió durante el embarazo, la expulsión ocurrió en la semana 18, por lo que, de acuerdo a la definición de maceración, el producto nació con piel fresca y No se practicó la necropsia al producto.

1. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Se ignora <input type="checkbox"/> ₃ Mujer <input type="checkbox"/> ₂	2. EDAD GESTACIONAL 1 8 Semanas	3. PESO 0 3 9 0 Gramos	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Reproducción asistida <input type="checkbox"/> ₂	4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Tres o más <input type="checkbox"/> ₃ Gemelar <input type="checkbox"/> ₂	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Se ignora <input type="checkbox"/> ₃ No <input type="checkbox"/> ₂	5.2 Total de consultas recibidas 0 5
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="checkbox"/> ₁ Complicado <input checked="" type="checkbox"/> ₂	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="checkbox"/> ₁ Durante el parto <input checked="" type="checkbox"/> ₂	7.1 Estado de la piel del producto Normal <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Macerada <input type="checkbox"/> ₂	7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> ₁ No <input checked="" type="checkbox"/> ₂	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos		

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

- Esta información siempre debe quedar con datos, no puede desconocerse, ni llenarse los espacios con nueves.
- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o del mes es de un dígito.
- La hora debe ser anotada en el formato HH:MM, utilizando la escala de 24 horas y completando ceros a la izquierda si el número correspondiente a la hora o a los minutos es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ..., 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

Ejemplo:

La expulsión o extracción ocurrió el 23 de junio de 2022 a las 11:28 PM

1. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Se ignora <input type="checkbox"/> ₃ Mujer <input type="checkbox"/> ₂	2. EDAD GESTACIONAL 1 8 Semanas	3. PESO 0 3 9 0 Gramos	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Reproducción asistida <input type="checkbox"/> ₂	4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Tres o más <input type="checkbox"/> ₃ Gemelar <input type="checkbox"/> ₂	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Se ignora <input type="checkbox"/> ₃ No <input type="checkbox"/> ₂	5.2 Total de consultas recibidas 0 5
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="checkbox"/> ₁ Complicado <input checked="" type="checkbox"/> ₂	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="checkbox"/> ₁ Durante el parto <input checked="" type="checkbox"/> ₂	7.1 Estado de la piel del producto Normal <input checked="" type="checkbox"/> ₁ Macerada <input type="checkbox"/> ₂	7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> ₁ No <input checked="" type="checkbox"/> ₂	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos		

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

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

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

- No usar abreviaturas.
- Si la defunción ocurrió fuera de una Unidad Médica (opción 10, 11, 12 o 99 de la pregunta 10), omitir la respuesta.

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

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

Ejemplos:

La expulsión o extracción sucedió dentro de una unidad médica

MODULO DEL SUCCESO	1. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	2. EDADE GESTACIONAL 1 8 Semanas	3. PESO 0 3 9 0 Gramos	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="radio"/> 1 Reproducción asistida <input type="radio"/> 2	4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	5.2 Total de consultas recibidas 0 5	
	6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input checked="" type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto <input type="radio"/> 1 Durante el parto <input checked="" type="radio"/> 2	7.1 Estado de la piel del producto: Normal <input checked="" type="radio"/> 1 Macerada <input type="radio"/> 2	7.2 ¿Se practicó necropsia?: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 2 3 0 6 2 0 2 2 2 3 2 8 Día Mes Año Hora Minutos			
	9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				9.1 Nombre de la unidad médica INPER Isidro Espinosa de los Reyes			
				9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) D F S S A 0 0 4 0 9 6				

La expulsión o extracción sucedió dentro en el hogar de la madre, las preguntas 9.1 y 9.2 no se responden

PRODUCTO DEL SUCESO	1. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 3 Mujer <input type="radio"/> 2	2. EDAD GESTACIONAL 1 8 Semanas	3. PESO 0 3 9 0 Gramos	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="radio"/> 1 Reproducción asistida <input type="radio"/> 2	4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	5.2 Total de consultas recibidas 0 5
	6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input checked="" type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto <input type="radio"/> 1 Durante el parto <input checked="" type="radio"/> 2	7.1 Estado de la piel del producto: Normal <input checked="" type="radio"/> 1 Macerada <input type="radio"/> 2	7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 2 3 0 6 2 0 2 2 2 3 2 8 Día Mes Año Hora Minutos		
	9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				9.1 Nombre de la unidad médica _____ 9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99

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

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

10.1 Tipo de vialidad

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

10.2 Nombre de la vialidad

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

10.3 Núm. Exterior

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

10.4 Núm. Interior

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

10.5 Tipo de asentamiento humano

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

10.6 Nombre del asentamiento humano

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

10.7 Código Postal

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

10.8 Localidad.

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

10.9 Municipio o alcaldía.

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

10.10 Entidad Federativa.

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

Ejemplos:

La expulsión o extracción sucedió dentro de una unidad médica

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 3 Mujer <input type="checkbox"/> 2	2. EDAD GESTACIONAL 1 8 Semanas	3. PESO 0 3 9 0 Gramos	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Reproducción asistida <input type="checkbox"/> 2	4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tres o más <input type="checkbox"/> 3 Gemelar <input type="checkbox"/> 2	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 No <input type="checkbox"/> 2	5.2 Total de consultas recibidas 0 5
	6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal <input type="checkbox"/> 1 Complicado <input checked="" type="checkbox"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto <input type="checkbox"/> 1 Durante el parto <input checked="" type="checkbox"/> 2	7.1 Estado de la piel del producto: Normal <input checked="" type="checkbox"/> 1 Macerada <input type="checkbox"/> 2	7.2 ¿Se practicó necropsia?: Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 2 3 0 6 2 0 2 2 2 3 2 8 Día Mes Año Hora Minutos		
	9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9				9.1 Nombre de la unidad médica INPER Isidro Espinosa de los Reyes		Via pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Calle: Miguel Hidalgo 10.1 Tipo de vía: Montes Urales 10.2 Nombre de la vía: Lomas Virreyes 10.3 Num. Exterior: 800 10.4 Num. Interior: 1 1 0 0 0 10.5 Tipo de asentamiento humano: Miguel Hidalgo 10.6 Nombre del asentamiento humano: Miguel Hidalgo 10.7 Código Postal: Ciudad de México 10.8 Localidad: Miguel Hidalgo 10.9 Municipio o Alcaldía: Miguel Hidalgo 10.10 Entidad federativa: Ciudad de México				9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): D F S S A 0 0 4 0 9 6			Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99

La expulsión o extracción sucedió en el hogar de la madre

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 3 Mujer <input type="checkbox"/> 2	2. EDAD GESTACIONAL 1 8 Semanas	3. PESO 0 3 9 0 Gramos	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Reproducción asistida <input type="checkbox"/> 2	4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tres o más <input type="checkbox"/> 3 Gemelar <input type="checkbox"/> 2	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 No <input type="checkbox"/> 2	5.2 Total de consultas recibidas 0 5
	6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal <input type="checkbox"/> 1 Complicado <input checked="" type="checkbox"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto <input type="checkbox"/> 1 Durante el parto <input checked="" type="checkbox"/> 2	7.1 Estado de la piel del producto: Normal <input checked="" type="checkbox"/> 1 Macerada <input type="checkbox"/> 2	7.2 ¿Se practicó necropsia?: Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 2 3 0 6 2 0 2 2 2 3 2 8 Día Mes Año Hora Minutos		
	9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9				9.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Calle: Avenida Gustavo A. Madero 10.1 Tipo de vía: San Juan de Aragón 10.2 Nombre de la vía: Nueva Aragón 10.3 Num. Exterior: 202 10.4 Num. Interior: 0 7 2 7 0 10.5 Tipo de asentamiento humano: Gustavo A. Madero 10.6 Nombre del asentamiento humano: Gustavo A. Madero 10.7 Código Postal: Ciudad de México 10.8 Localidad: Gustavo A. Madero 10.9 Municipio o Alcaldía: Gustavo A. Madero 10.10 Entidad federativa: Ciudad de México				9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	

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

Ejemplo:

La expulsión o extracción fue atendida por un gineco-obstetra

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Mujer <input type="radio"/> 2		2. EDAD GESTACIONAL 1 8 Semanas		3. PESO 0 3 9 0 Gramos		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="radio"/> 1 Reproducción asistida <input type="radio"/> 2 4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3			5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 5.2 Total de consultas recibidas 0 5		
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input checked="" type="radio"/> 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> 1 Durante el parto <input checked="" type="radio"/> 2		7.1 Estado de la piel del producto Normal <input checked="" type="radio"/> 1 Macerada <input type="radio"/> 2		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 2 3 0 6 2 0 2 2 2 3 2 8 Día Mes Año Hora Minutos			
	9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 INPER Isidro Espinosa de los Reyes 9.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 4 0 9 6 9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)									Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Calle Montes Urales 800 10.1 Tipo de vía 10.2 Nombre de la vía 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior Colonia Lomas Virreyes 1 1 0 0 0 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal Miguel Hidalgo Miguel Hidalgo Ciudad de México 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa											
	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 5 Enfermero <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9											
	12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input checked="" type="radio"/> 5 Cesárea <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Parto inducido <input type="radio"/> 6 Fórceps <input type="radio"/> 2 Otro* <input type="radio"/> 4 *Especifique											
	13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Uso exclusivo de la (del) certificante											

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

- Si respondió la pregunta 12 no responda esta.

Ejemplo:

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

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Mujer <input type="radio"/> 2		2. EDAD GESTACIONAL 1 8 Semanas		3. PESO 0 3 9 0 Gramos		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="radio"/> 1 Reproducción asistida <input type="radio"/> 2 4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3			5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 5.2 Total de consultas recibidas 0 5		
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input checked="" type="radio"/> 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> 1 Durante el parto <input checked="" type="radio"/> 2		7.1 Estado de la piel del producto Normal <input checked="" type="radio"/> 1 Macerada <input type="radio"/> 2		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 2 3 0 6 2 0 2 2 2 3 2 8 Día Mes Año Hora Minutos			
	9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 INPER Isidro Espinosa de los Reyes 9.1 Nombre de la unidad médica D F S S A 0 0 4 0 9 6 9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)									Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Calle Montes Urales 800 10.1 Tipo de vía 10.2 Nombre de la vía 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior Colonia Lomas Virreyes 1 1 0 0 0 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal Miguel Hidalgo Miguel Hidalgo Ciudad de México 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa											
	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 5 Enfermero <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9											
	12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input checked="" type="radio"/> 5 Cesárea <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Parto inducido <input type="radio"/> 6 Fórceps <input type="radio"/> 2 Otro* <input type="radio"/> 4 *Especifique											
	13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Uso exclusivo de la (del) certificante											

13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Responder una “X” en la opción “Sí”, en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual) .

Ejemplo:

Si hubo violencia doméstica

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 Mujer <input type="checkbox"/> 2		2. EDAD GESTACIONAL 1 8 Semanas		3. PESO 0 3 9 0 Gramos		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Reproducción asistida <input type="checkbox"/> 2		4.1 El Embarazo fue: Único <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tris o más <input type="checkbox"/> 3 Gemelar <input type="checkbox"/> 2		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 No <input type="checkbox"/> 2		5.2 Total de consultas recibidas 0 5							
	6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal <input type="checkbox"/> 1 Complicado <input checked="" type="checkbox"/> 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="checkbox"/> 1 Durante el parto <input checked="" type="checkbox"/> 2		7.1 Estado de la piel del producto: Normal <input checked="" type="checkbox"/> 1 Macerada <input type="checkbox"/> 2		7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 2 3 0 6 2 0 2 2 2 3 2 8 Día Mes Año Hora Minutos											
	9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 8 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9												INPER Isidro Espinosa de los Reyes 9.1 Nombre de la unidad médica						Via pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
	10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Calle Montes Urales Colonia Lomas Virreyes Miguel Hidalgo Miguel Hidalgo Ciudad de México												800 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 1 1 0 0 0 10.7 Código Postal 10.10 Entidad federativa							
	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otro médico <input type="checkbox"/> 5 Enfermero <input type="checkbox"/> 2 Partera <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 4 Se ignora <input type="checkbox"/> 9																			
	12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> 5 Cesárea <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 Parto inducido <input type="checkbox"/> 6 Fórceps <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 4 Especifique _____												13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 No <input type="checkbox"/> 2 Uso exclusivo de la (del) certificador							

DATOS DEL INFORMANTE

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

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

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

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

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

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

- En la medida de lo posible pedir una identificación oficial, para corroborar la firma de la (del) informante.

- El certificado se considera inválido sin ésta firma.
- Utilizar únicamente BOLÍGRAFO. No usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares.
- El informante debe firmar el original y cada uno de las 3 copias que componen el Certificado de Defunción para tener una mejor legibilidad de la firma.

Ejemplo:

El informante es la madre

DEL INF.	14. NOMBRE Maria Georgina Duran <small>Nombre(s)</small>	Martinez <small>Primer Apellido</small>	Martinez <small>Segundo Apellido</small>	15. PARENTESCO CON EL PRODUCTO Madre	16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE 株
----------	---	---	--	--	--

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

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

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

Deje en blanco los espacios reservados para “Uso exclusivo del personal codificador”.

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

En las causas que provocan la muerte fetal se incluyen:

Maternas:

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

Fetales

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

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

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

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

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

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

Se incluyen:

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

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

Ejemplo:

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)		Especifique si la causa fue:		Código CIE	
		MATERNA	FETAL		
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Inmadurez pulmonar Debido a (o como consecuencia de)		<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2		
	Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica b) Ruptura prematura de membranas Debido a (o como consecuencia de) c) _____ Debido a (o como consecuencia de) d) _____		<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	
			<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
			<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que lo produjo		1.1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	

Uso exclusivo del personal codificador

18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

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

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

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

Ejemplo:

El nombre de la madre es conocido.

19. NOMBRE			20. FECHA DE NACIMIENTO		
Maria Georgina					
Duran					
Martinez					
Nombre(s)			Día Mes Año		

20. **FECHA DE NACIMIENTO.** Anotar el día, mes y año de nacimiento.

- La fecha de nacimiento debe ser la misma que se encuentre asentada en el Acta de Nacimiento, por lo que se recomienda copiarla directamente de este documento o en su defecto de la identificación oficial o comprobante de identidad que presente.
- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2,..., 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.
- Cuando se desconozca la fecha de nacimiento, ya sea completa o una parte de ella, se debe anotar '99' para el día, '99' para el mes y '9999' para el año.

Ejemplos:

Fecha de nacimiento conocida.

19. NOMBRE			20. FECHA DE NACIMIENTO		
Maria Georgina			05 02 19 85		
Duran			Día Mes Año		
Martinez					
Nombre(s)					

21. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anotar dentro del espacio correspondiente la entidad federativa en donde haya nacido la madre o gestante.

- Si es extranjera se debe anotar el país de nacimiento, ejemplo: Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, España, entre otros.
- En caso de que esta información se desconozca, escribir la leyenda 'Se ignora'.

Ejemplos:

Entidad de nacimiento conocida

19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>			20. FECHA DE NACIMIENTO 05021985 <small>Día Mes Año</small>	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <small>*Especifique</small>	

Entidad de nacimiento de Nicaragua

19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>			20. FECHA DE NACIMIENTO 05021985 <small>Día Mes Año</small>	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Nicaragua <small>*Especifique</small>	

22. ¿SE LE RECONOCE COMO AFROMEXICANA? Marcar con una X la respuesta que corresponda: Si, No o “Se ignora”, en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afromexicana.

Ejemplos:

Se auto reconoce

19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>			20. FECHA DE NACIMIENTO 05021985 <small>Día Mes Año</small>	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <small>*Especifique</small>	

23. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Marcar con una X la respuesta que corresponda: Si, No o “Se ignora”, en caso de que la madre o gestante se consideraba indígena,

Ejemplos:

La madre o gestante se consideraba indígena

19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>			20. FECHA DE NACIMIENTO 05021985 <small>Día Mes Año</small>	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA ? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <small>*Especifique</small>	

Se ignora si madre o gestante se consideraba indígena

19. NOMBRE Nombre(s) Maria Georgina Primer Apellido Duran Segundo Apellido Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 05 02 1985	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Escriba totalmente a puro, completo en castellano Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA ? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique	

24. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA. Marcar con una X la respuesta que corresponda: Si, No o “Se ignora”, en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. En caso afirmativo marcar la opción “Si” y debe anotar la lengua en “Especifique”

Ejemplos:

La madre o gestante habla alguna lengua indígena

19. NOMBRE Nombre(s) Maria Georgina Primer Apellido Duran Segundo Apellido Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 05 02 1985	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Escriba totalmente a puro, completo en castellano Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA ? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> HUASTECA Especifique	

Se ignora si la madre o gestante habla alguna lengua indígena

19. NOMBRE Nombre(s) Maria Georgina Primer Apellido Duran Segundo Apellido Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 05 02 1985	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Escriba totalmente a puro, completo en castellano Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA ? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Especifique	

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

- Colocar un sólo carácter en cada espacio.
- Para obtener la CURP de la madre debe agotar todas las opciones posibles (consultar en la credencial de elector, en el expediente clínico, en su credencial de afiliación a los servicios de salud, entre otras) y como último recurso debe acceder a la siguiente página web para obtenerla:
<http://consultas.curp.gob.mx/CurpSP/>
- En caso de que esta información se desconozca, marcar con una “X” en ‘Se ignora’, dejando en blanco los espacios para anotar la CURP.

Se conoce la CURP de la madre

19. NOMBRE Nombre(s) Maria Georgina Primer Apellido Duran Segundo Apellido Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 05 02 1985		
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, o estado de jurisdicción Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> HUASTECA *Especifique	
25. CURP D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5			26. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique		

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

La nacionalidad se conoce y es mexicana

19. NOMBRE Nombre(s) Maria Georgina Primer Apellido Duran Segundo Apellido Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 05 02 1985		
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, o estado de jurisdicción Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> HUASTECA *Especifique	
25. CURP D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5			26. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique		

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

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

Ejemplo:

Cuando fue la expulsión o extracción (06/07/2022) del producto, la madre aún tenía 37 años cumplidos de acuerdo a su fecha de nacimiento

19. NOMBRE Nombre(s) Maria Georgina Primer Apellido Duran Segundo Apellido Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 05 02 1985		
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, o estado de jurisdicción Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> HUASTECA *Especifique	
25. CURP D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5			26. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique		
ANTE	27. EDAD (Años) 37		28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		

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

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

Ejemplo:

Estado conyugal, la madre vive en unión libre

FANTE	19. NOMBRE Nombre(s): Maria Georgina Primer Apellido: Duran Segundo Apellido: Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día: 05 Mes: 02 Año: 1985		
	21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Escriba la entidad o país al que pertenece el fallecido. Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	
	25. CURP D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5			24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> HUASTECA *Especifique		
	27. EDAD (Años) 37			26. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → *Especifique Se ignora <input type="checkbox"/>		
28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						

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

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

29.1 Tipo de vialidad

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

29.2 Nombre de la vialidad

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

29.3 Núm. Exterior

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

29.4 Núm. Interior

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

29.5 Tipo de asentamiento humano

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

29.6 Nombre del asentamiento humano

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

29.7 Código Postal

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

29.8 Localidad.

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

29.9 Municipio o alcaldía.

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

29.10 Entidad Federativa.

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

29.11 Teléfono

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

Ejemplo:

Domicilio de la madre conocido

DE LA MADRE O GESTANTE	19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>			20. FECHA DE NACIMIENTO 0 5 0 2 1 9 8 5 <small>Día Mes Año</small>		
	21. ENTIDAD DE NACIMIENTO <small>Localidad, municipio o país, cuando se corresponda</small> Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/D? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	
	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <small>"Especifique"</small> HUASTECA		25. CURP D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5			
	26. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → <small>"Especifique"</small>		27. EDAD (Años) 3 7			
	28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		29. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante			
	29.1 Tipo de localidad Avenida		29.2 Nombre de la localidad Insurgentes		29.3 Núm. Exterior 250	
29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		29.6 Nombre del asentamiento humano Los Pinos		29.4 Núm. Interior 8 0 1 2 8		
29.8 Localidad Culiacán Rosales		29.9 Municipio o Alcaldía Culiacán		29.7 Código Postal 6 6 7 1 0 1 1 5 5 5		
29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		Sinaloa		29.11 Teléfono		

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

- Si la madre no cuenta con estudios, seleccione la opción ‘Ninguna’.
- Si la madre tuviese estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin concluir, marcar la opción “incompleta” en 25.1.
- En el caso de que la madre haya cursado carrera técnica marcar la opción ‘Bachillerato’
- En caso de que la madre o él información desconozca la escolaridad, marcar la opción ‘Se ignora’.

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

Ejemplo:

Escolaridad de preparatoria terminada

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	19. NOMBRE Nombre(s) Maria Georgina Primer Apellido Duran Segundo Apellido Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 05 02 1985		
	21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	
	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? HUASTECA *Especifique		25. CURP D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5			
	26. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → *Especifique		27. EDAD (Años) 37			
	28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					Se ignora <input type="checkbox"/>
	29. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante					
	29.1 Tipo de vivienda Avenida		29.2 Nombre de la vivienda Insurgentes		29.3 Núm. Exterior 250	
29.4 Núm. Interior 80128		29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		29.6 Nombre del asentamiento humano Los Pinos		
29.7 Código Postal 6671011555		29.8 Localidad Culiacán Rosales		29.9 Municipio o Alcaldía Culiacán		
29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Sinaloa		29.11 Teléfono				
30. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			30.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		31. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/>	
31.1 Trabaja actualmente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						

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

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

31.1 Trabaja actualmente

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

Ejemplo:

Ocupación habitual de la madre es conocida y trabaja

19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		20. FECHA DE NACIMIENTO 05 02 19 85 <small>Día Mes Año</small>	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora		24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? HUAASTECA <small>*Especifique</small>	
25. CURP DUMG850921MSLRRR05		26. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <small>*Especifique</small>	
27. EDAD (Años) 37	28. SITUACIÓN CONYUGAL <input type="radio"/> Soltero/a <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Vudado/a <input type="radio"/> Se ignora		
29. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante			
Avenida Insurgentes 29.1 Tipo de vía		250 29.2 Nombre de la vía	
Colonia Los Pinos 29.5 Tipo de asentamiento humano		80128 29.4 Num. Exterior 29.6 Num. Interior	
Culiacán Rosales 29.8 Localidad		6671011555 29.7 Código Postal 29.9 Teléfono	
29.9 Municipio o Alcaldía Culiacán		29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Sinaloa	
30. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora		30.1. La escolaridad seleccionada es: <input checked="" type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta	
31. OCUPACIÓN HABITUAL Recepcionista <input type="radio"/> Se ignora		31.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	

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

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

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

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

Ejemplo:

Afiliación a Servicios de Salud conocida

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	19. NOMBRE Nombres(s) Maria Georgina Primer Apellido Duran Segundo Apellido Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 05 02 1985		
	21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	
	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? HUASTECA *Especifique		25. CURP D U M G 8 5 0 9 2 1 M S L R R R 0 5			
	26. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → *Especifique		27. EDAD (Años) 37			
	28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					29. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante
	29.1 Tipo de localidad Avenida		29.2 Nombre de la localidad Insurgentes		29.3 Núm. Exterior 250	
	29.4 Núm. Interior 80128		29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		29.6 Nombre del asentamiento humano Los Pinos	
	29.7 Código Postal 6671011555		29.8 Localidad Culiacán Rosales		29.9 Municipio o Alcaldía Culiacán	
	29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Sinaloa		29.11 Teléfono			
	30. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachelarato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			30.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		31. OCUPACIÓN HABITUAL Recepcionista Se ignora <input type="checkbox"/>
32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> BISS BIENESTAR <input checked="" type="checkbox"/> BISS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> ISSFAM <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			32.1 Número de seguridad social o afiliación 2509876543 Se ignora <input type="checkbox"/>		33. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) Se ignora <input type="checkbox"/>	

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

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si esta información se desconoce, elegir la opción “Se ignora”.

Ejemplo:

Es su segundo embarazo

19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO 05 02 19 85		
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>	
25. CURP DUMG850921MSLRRR05			24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? HUASTECA		
27. EDAD (Años) 3 7			26. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
29. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante					
29.1 Tipo de vía Avenida		29.2 Nombre de la vía Insurgentes		29.3 Num. Exterior 250	
29.4 Num. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		29.6 Nombre del asentamiento humano Los Pinos	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad Culiacán Rosales		29.9 Municipio o Alcaldía Culiacán	
29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Sinaloa		29.11 Teléfono 6671011555			
30. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			30.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		
31. OCUPACIÓN HABITUAL Recepcionista			31.1 Trabaja actualmente Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> ISSFAM <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			32.1 Número de seguridad social o afiliación 2509876543		33. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 0 2

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

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

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

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

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

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

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

- Si no tiene hijos sobrevivientes anotar ‘00’, no dejar espacios en blanco.

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

Ejemplo:

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

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO 05/02/1985		
	21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México			22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>			24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? HUASTECA		
	25. CURP DUMG850921MSLRRR05			26. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
	27. EDAD (Años) 37		28. SITUACIÓN CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
	29. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante					
	29.1 Tipo de vialidad Avenida		29.2 Nombre de la vialidad Insurgentes		29.3 Núm. Exterior 250	
	29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		29.6 Nombre del asentamiento humano Los Pinos		29.7 Código Postal 80128	
	29.8 Localidad Culiacán Rosales		29.9 Municipio o Alcaldía Culiacán		29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Sinaloa	
	29.11 Teléfono 6671011555					
30. ESCOLARIDAD Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Baccilariato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			30.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>			
31. OCUPACIÓN HABITUAL Repcionista			31.1 Trabaja actualmente Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS BIENESTAR <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEXEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> ISSFAM <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			32.1 Número de seguridad social o afiliación 2509876543		33. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) 02	
34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJOS (NÚMERO)			35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
34.1 Nacidas/os Muertas/os 00		34.2 Nacidas/os Vivas/os 01		34.3 Sobrevivientes 01		
35.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:						

35. ¿VIVE LA MADRE?

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

Ejemplo:

La madre sobrevivió a la expulsión o extracción.

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			20. FECHA DE NACIMIENTO 05 02 19 85 Día Mes Año			
	21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>		
	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? HUAASTECA *Especifique		25. CURP DUMG850921MSLRRR05				
	26. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → *Especifique		27. EDAD (Años) 37				
	28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					29. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante	
	29.1 Tipo de vialidad Avenida		29.2 Nombre de la vialidad Insurgentes		29.3 Núm. Exterior 250		
	29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		29.6 Nombre del asentamiento humano Los Pinos		
	29.7 Código Postal 80128		29.8 Localidad Culiacán Rosales		29.9 Municipio o Alcaldía Culiacán		
	29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Sinaloa		29.11 Teléfono 6671011555				
	30. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			30.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		31. OCUPACIÓN HABITUAL Recepcionista Se ignora <input type="checkbox"/>	
31.1 Trabaja actualmente: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			32.1 Número de seguridad social o afiliación: Se ignora <input type="checkbox"/> 2509876543		33. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) 02 Se ignora <input type="checkbox"/>		
32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> ISSFAM <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO)		35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
34.1 Nacidas/os Muertas/os 00 Se ignora <input type="checkbox"/>		34.2 Nacidas/os Vivas/os 01 Se ignora <input type="checkbox"/>		34.3 Sobrevivientes 01 Se ignora <input type="checkbox"/>		35.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: 220012345	

DATOS DEL CERTIFICANTE

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

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

- Si el Certificado es llenado por un médico pasante, marcar la opción 4-‘Persona autorizada por la Secretaría de Salud’
- Las preguntas de esta sección corresponden a los datos de identificación de la persona que expide el Certificado de Muerte Fetal.

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

- Si el certificante no es médico, omitir respuesta.

Ejemplo:

La muerte fetal fue certificada por un médico

36. CERTIFICADA POR Médico/a tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro/a* <input type="radio"/> 6	37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/O 1234567 Número de la cédula profesional
--	--

La muerte fetal fue certificada por un médico pasante

36. CERTIFICADA POR Médico/a tratante <input type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro/a* <input type="radio"/> 6	37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/O Número de la cédula profesional
--	--

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

Ejemplo:

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

36. CERTIFICADA POR Médico/a tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro/a* <input type="radio"/> 6	37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/O 1234567 Número de la cédula profesional
38. NOMBRE Carlos Alberto Andrade Lopez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	

39. DOMICILIO

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

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

39.1 Tipo de vialidad

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

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

39.2 Nombre de la vialidad

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

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

39.3 Núm. Exterior

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

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

39.4 Núm. Interior

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

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

39.5 Tipo de asentamiento humano

Clasificación que se da al asentamiento humano.

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

39.6 Nombre del asentamiento humano

Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.

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

39.7 Código Postal

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

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

DATOS DEL CERTIFICANTE	36. CERTIFICADA POR Médico/a tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro/a* <input type="radio"/> 6 *Especifique _____			37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/A 1234567 Número de la cédula profesional
	38. NOMBRE Carlos Alberto Andrade Lopez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	39. DOMICILIO Avenida San Juan de Aragón 202 39.1 Tipo de vía 39.2 Nombre de la vía 39.3 Núm. Exterior 39.4 Núm. Interior Colonia Nueva Aragón 07270 39.5 Tipo de asentamiento humano 39.6 Nombre del asentamiento humano 39.7 Código Postal Gustavo A. Madero Gustavo A. Madero Ciudad de México 39.8 Localidad 39.9 Municipio o Alcaldía 39.10 Entidad federativa			

40. TELÉFONO

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

DATOS DEL CERTIFICANTE	36. CERTIFICADA POR Médico/a tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro/a* <input type="radio"/> 6 *Especifique _____			37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/A 1234567 Número de la cédula profesional
	38. NOMBRE Carlos Alberto Andrade Lopez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	39. DOMICILIO Calle Montes Urales 800 39.1 Tipo de vía 39.2 Nombre de la vía 39.3 Núm. Exterior 39.4 Núm. Interior Colonia Lomas Virreyes 11000 39.5 Tipo de asentamiento humano 39.6 Nombre del asentamiento humano 39.7 Código Postal Miguel Hidalgo Miguel Hidalgo Ciudad de México 39.8 Localidad 39.9 Municipio o Alcaldía 39.10 Entidad federativa			
40. TELÉFONO 5540889910		41. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE 	42. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	

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

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

DATOS DEL CERTIFICANTE	36. CERTIFICADA POR Médico/a tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Otro/a médico/a* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro/a* <input type="radio"/> 6 *Especifique _____			37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/A 1234567 Número de la cédula profesional
	38. NOMBRE Carlos Alberto Andrade Lopez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	39. DOMICILIO Calle Montes Urales 800 39.1 Tipo de vía 39.2 Nombre de la vía 39.3 Núm. Exterior 39.4 Núm. Interior Colonia Lomas Virreyes 11000 39.5 Tipo de asentamiento humano 39.6 Nombre del asentamiento humano 39.7 Código Postal Miguel Hidalgo Miguel Hidalgo Ciudad de México 39.8 Localidad 39.9 Municipio o Alcaldía 39.10 Entidad federativa			
40. TELÉFONO 5540889910		41. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE 	42. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	

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

Defunción las siguientes personas: médico con cédula profesional que atiende a la persona antes de fallecer o que certifica la defunción; persona autorizada por la secretaría para dar fe de la defunción.

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

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

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

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

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

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

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

Defunción (muerte, fallecimiento) Fetal.- Pérdida de la vida de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

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

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

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

Estadísticas vitales.- Recuento de hechos o sucesos que le ocurren a la población o a un segmento de ella, los cuales pueden registrarse conforme ocurren, señalando el momento y lugar en que sucedieron. Algunos hechos vitales que se recogen en las estadísticas vitales son: los nacimientos, las defunciones, los matrimonios, los divorcios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



15. BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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





**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Gobierno de México

Secretaría de Salud

Dirección General de Información en Salud

“Manual de Llenado del Certificado de
Defunción
Y Certificado de Muerte Fetal Modelo 2022.”

Marina Nacional No. 60, Colonia Tacuba,
Alcaldía Miguel Hidalgo,
Ciudad de México