



**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

DE LA (DE) FALLECIDO(A)

1. NOMBRE DE LA (DE) FALLECIDO(A) Preparado (seleccionar)

2. FECHA DE NACIMIENTO Paises Apellidos Segunda Apellido

3. SEXO 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

5. CURP 6. ¿SE LE RECONOCE COMO AFRODESCENDIENTE?

7. ¿SE CONSIDERA INDIGENA?

8. EDAD CUMPLIDA 9. NACIONALIDAD

10. SITUACION CONYUGAL

11. RESIDENCIA HABITUAL 12. TIPO DE VIVIENDA

13. TIPO DE asentamiento humano 14. OCUPACION HABITUAL

15. ESCOLARIDAD 16. APLICACION A SERVICIOS DE SALUD

17. NOMBRE 18. PARENTESCO (CON LA (DE) FALLECIDO(A))

19. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION 20. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION

21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 22. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE?

23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGIA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

24. ¿FUE DEFUNCION ACCIDENTAL O VIOLENTA?

25. TIPO DE DEFUNCION 26. CAUSAS DE LA DEFUNCION

27. ¿FUE PRÁCTICA NEUROPSICA?

28. ¿LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 34 AÑOS?

29. ¿LA (DE) FALLECIDO(A) PRESENTÓ MUERTE SUFICIENTE?

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

31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?

32. ¿LA DEFUNCION OCURRIÓ EN EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESION (ACCIDENTAL, O VIOLENTA)?

33. ¿LA DEFUNCION OCURRIÓ EN EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESION (ACCIDENTAL, VIOLENTA O EN INTOXICACION, ESPECIFIQUE EL AGENTE TOXICO)?

34. ¿LA DEFUNCION OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?

35. ¿LA DEFUNCION OCURRIÓ EN EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESION (ACCIDENTAL, O VIOLENTA)?

36. ¿LA DEFUNCION OCURRIÓ EN EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESION (ACCIDENTAL, VIOLENTA O EN INTOXICACION, ESPECIFIQUE EL AGENTE TOXICO)?

37. CERTIFICADA POR 38. SI LA (DE) CERTIFICANTE ES MÉDICO(A)

39. NOMBRE 40. FIRMA DE LA (DE) CERTIFICANTE

41. DOMICILIO Y TELÉFONO 42. FECHA DE CERTIFICACION

43. LUGAR DE REGISTRO 44. FECHA DE REGISTRO

45. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 46. LUGAR DE REGISTRO

47. NOMBRE 48. FECHA DE REGISTRO

49. DOMICILIO 50. FECHA DE REGISTRO

51. TIPO DE asentamiento humano 52. FECHA DE REGISTRO

53. Municipio o Asiento 54. FECHA DE REGISTRO

55. Entidad federativa 56. FECHA DE REGISTRO

57. Tipo de vivienda 58. FECHA DE REGISTRO

59. Tipo de asentamiento humano 60. FECHA DE REGISTRO

61. Municipio o Asiento 62. FECHA DE REGISTRO

63. Entidad federativa 64. FECHA DE REGISTRO

65. Tipo de vivienda 66. FECHA DE REGISTRO

67. Tipo de asentamiento humano 68. FECHA DE REGISTRO

69. Municipio o Asiento 70. FECHA DE REGISTRO

71. Entidad federativa 72. FECHA DE REGISTRO

73. Tipo de vivienda 74. FECHA DE REGISTRO

75. Tipo de asentamiento humano 76. FECHA DE REGISTRO

77. Municipio o Asiento 78. FECHA DE REGISTRO

79. Entidad federativa 80. FECHA DE REGISTRO

81. Tipo de vivienda 82. FECHA DE REGISTRO

83. Tipo de asentamiento humano 84. FECHA DE REGISTRO

85. Municipio o Asiento 86. FECHA DE REGISTRO

87. Entidad federativa 88. FECHA DE REGISTRO

89. Tipo de vivienda 90. FECHA DE REGISTRO

91. Tipo de asentamiento humano 92. FECHA DE REGISTRO

93. Municipio o Asiento 94. FECHA DE REGISTRO

95. Entidad federativa 96. FECHA DE REGISTRO

97. Tipo de vivienda 98. FECHA DE REGISTRO

99. Tipo de asentamiento humano 100. FECHA DE REGISTRO

101. Municipio o Asiento 102. FECHA DE REGISTRO

103. Entidad federativa 104. FECHA DE REGISTRO

105. Tipo de vivienda 106. FECHA DE REGISTRO

107. Tipo de asentamiento humano 108. FECHA DE REGISTRO

109. Municipio o Asiento 110. FECHA DE REGISTRO

111. Entidad federativa 112. FECHA DE REGISTRO

113. Tipo de vivienda 114. FECHA DE REGISTRO

115. Tipo de asentamiento humano 116. FECHA DE REGISTRO

117. Municipio o Asiento 118. FECHA DE REGISTRO

119. Entidad federativa 120. FECHA DE REGISTRO

121. Tipo de vivienda 122. FECHA DE REGISTRO

123. Tipo de asentamiento humano 124. FECHA DE REGISTRO

125. Municipio o Asiento 126. FECHA DE REGISTRO

127. Entidad federativa 128. FECHA DE REGISTRO

129. Tipo de vivienda 130. FECHA DE REGISTRO

131. Tipo de asentamiento humano 132. FECHA DE REGISTRO

133. Municipio o Asiento 134. FECHA DE REGISTRO

135. Entidad federativa 136. FECHA DE REGISTRO

137. Tipo de vivienda 138. FECHA DE REGISTRO

139. Tipo de asentamiento humano 140. FECHA DE REGISTRO

141. Municipio o Asiento 142. FECHA DE REGISTRO

143. Entidad federativa 144. FECHA DE REGISTRO

145. Tipo de vivienda 146. FECHA DE REGISTRO

147. Tipo de asentamiento humano 148. FECHA DE REGISTRO

149. Municipio o Asiento 150. FECHA DE REGISTRO

151. Entidad federativa 152. FECHA DE REGISTRO

153. Tipo de vivienda 154. FECHA DE REGISTRO

155. Tipo de asentamiento humano 156. FECHA DE REGISTRO

157. Municipio o Asiento 158. FECHA DE REGISTRO

159. Entidad federativa 160. FECHA DE REGISTRO

161. Tipo de vivienda 162. FECHA DE REGISTRO

163. Tipo de asentamiento humano 164. FECHA DE REGISTRO

165. Municipio o Asiento 166. FECHA DE REGISTRO

167. Entidad federativa 168. FECHA DE REGISTRO

169. Tipo de vivienda 170. FECHA DE REGISTRO

171. Tipo de asentamiento humano 172. FECHA DE REGISTRO

173. Municipio o Asiento 174. FECHA DE REGISTRO

175. Entidad federativa 176. FECHA DE REGISTRO

177. Tipo de vivienda 178. FECHA DE REGISTRO

179. Tipo de asentamiento humano 180. FECHA DE REGISTRO

181. Municipio o Asiento 182. FECHA DE REGISTRO

183. Entidad federativa 184. FECHA DE REGISTRO

185. Tipo de vivienda 186. FECHA DE REGISTRO

187. Tipo de asentamiento humano 188. FECHA DE REGISTRO

189. Municipio o Asiento 190. FECHA DE REGISTRO

191. Entidad federativa 192. FECHA DE REGISTRO

193. Tipo de vivienda 194. FECHA DE REGISTRO

195. Tipo de asentamiento humano 196. FECHA DE REGISTRO

197. Municipio o Asiento 198. FECHA DE REGISTRO

199. Entidad federativa 199. FECHA DE REGISTRO

200. Tipo de vivienda 200. FECHA DE REGISTRO

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 autome 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 (o) como consecuencia de		
	(c) Perforación del duodeno	4 días	
	(d) Definido o (o) como consecuencia de		
	(e) Úlcera duodenal	3 años	
	(f) Definido o (o) como consecuencia de		
PARTE II Otras condiciones o estados patológicos significativos que no participaron en la parte I, pero que no estuvieron contribuyendo a la defunción.			
Hipertensión arterial 5 años			
(El intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)			

- ¿SE PRÁCTICÓ 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/as, 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) FALLECIDA/O Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Dia Mes Año 24/06/1985	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 type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		

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) FALLECIDA/O Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Dia Mes Año 24/06/1985	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 type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		

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

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

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) FALLECIDA/O Nombre (a) Maria Guadalupe Primer Apellido Ramirez Segundo Apellido Martinez Persona desconocida <input type="checkbox"/>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Dia Mes Año 24/06/1985	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 type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 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 type="radio"/> "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: Mes: Año:	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	
5. CURP	6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 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: Mes: Año:	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	
5. CURP	6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique:	9. 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: Mes: Año:	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	
5. CURP	6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> *Especifique:	9. 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: Meses <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 0 3 1	
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 _____ Mes _____ Año _____	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 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 type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input 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: Meses <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Para menores de 28 días de nacido/a anote: 10.1 Folio del Certificado de nacimiento: _____ 10.2 Semanas de gestación: _____ 10.3 Peso al nacer (gramos): _____	
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: Meses <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 2 3 Para menores de 28 días de nacido/a anote: 0 2 1 0 7 5 8 1 4 10.1 Folio del Certificado de nacimiento: _____ 10.2 Semanas de gestación: _____ 10.3 Peso al nacer (gramos): _____	
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: Meses <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 2 3 Para menores de 28 días de nacido/a anote: 0 1 9 1 5 E 0 0 0 0 5 4 3 6 10.1 Folio del Certificado de nacimiento: _____ 10.2 Semanas de gestación: _____ 10.3 Peso al nacer (gramos): _____	
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 Credul federal o país, el estado o 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 RECONOCIA 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 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: Mujeres Horas Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: 2 3 Para menores de 28 días de nacido anote: 0 2 1 0 7 5 8 1 4			10.1 Folio del Certificado de nacimiento: 3 9			10.3 Peso al nacer (gramos): 3 9 0 0			
	11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <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 Credul federal o país, el estado o 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 RECONOCIA 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 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: Mujeres Horas Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: 2 3 Para menores de 28 días de nacido anote: 0 2 1 0 7 5 8 1 4			10.1 Folio del Certificado de nacimiento: 9 9			10.3 Peso al nacer (gramos): 9 9 9 9			
	11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <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 Credul federal o país, el estado o 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 RECONOCIA 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 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: Mujeres Horas Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: 2 3 Para menores de 28 días de nacido anote: 0 2 1 0 7 5 8 1 4			10.1 Folio del Certificado de nacimiento: 3 9			10.3 Peso al nacer (gramos): 3 9 0 0			
	11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <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 Credul federal o país, el estado o 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 RECONOCIA 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 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: Mujeres Horas Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: 2 3 Para menores de 28 días de nacido anote: 0 2 1 0 7 5 8 1 4			10.1 Folio del Certificado de nacimiento: 9 9 9 9			10.3 Peso al nacer (gramos): 9 9 9 9			
	11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>									

11. SITUACIÓN CONYUGAL. Es la situación de la (del) fallecida/o de 12 años edad 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.

- Leer todas las posibles respuestas al informante antes de seleccionar una opción.
- En caso de que esta información se desconozca, marcar la opción ‘Se ignora’.
- Advertir que en el Registro Civil será verificado el estado conyugal y en caso de no coincidir con lo asentado en este Certificado tendrá contratiempos para el trámite del Acta de Defunción respectiva.
- Si la (el) fallecida/o es menor 12 años edad seleccione “Soltera/o”.

Ejemplos:

Estado conyugal conocido

LECIDAJA	1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre (s) 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"/>
	5. CURP: R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, si nació en el extranjero Estado de México
	6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <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 una hora: <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Para menores de un año: <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Para personas de un año o más: 0 3 1 Se ignora <input type="radio"/>		11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera/o <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casada/o <input checked="" type="radio"/> Separada/o <input type="radio"/> Divorceda/o <input type="radio"/> Viuda/o <input type="radio"/>
	10.1 Foto del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/>		10.2 Semanas de gestación: <input type="text"/>
	10.3 Peso al nacer (gramos): <input type="text"/>		

Estado conyugal se ignora o es desconocido

LECIDAJA	1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O Nombre (s) 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"/>
	5. CURP: R A M M 8 5 0 6 2 4 M M C M R R 0 2		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, si nació en el extranjero Estado de México
	6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <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 una hora: <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Para menores de un año: <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Para personas de un año o más: 0 3 1 Se ignora <input type="radio"/>		11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera/o <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casada/o <input checked="" type="radio"/> Separada/o <input type="radio"/> Divorceda/o <input type="radio"/> Viuda/o <input type="radio"/>
	10.1 Foto del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/>		10.2 Semanas de gestación: <input type="text"/>
	10.3 Peso al nacer (gramos): <input type="text"/>		

12. RESIDENCIA HABITUAL. Anotar el domicilio completo donde residía habitualmente la (el) fallecida/o. Se considera residencia habitual cuando el tiempo es mayor a 6 meses. En caso de no tener ese dato, anotar el domicilio de la vivienda donde podía ser localizado.

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

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) 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 Entidad 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 RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 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 un año Meses 0 3 1 Para menores de un día 0 3 1 Para menores de un mes 0 3 1 Para menores de un día 0 3 1 Se ignora <input type="checkbox"/>	10.1 Folio del Certificado de Nacimiento 10.2 Semanas de gestación 10.3 Fases al nacer (grupos)	11. SITUACIÓN CONYUGAL 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 Ante el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o Calle y número de vivienda Avenida Colonia Ciudad San Rafael Estado San Rafael País Cuauhtémoc Tipo de asentamiento humano Cuauhtémoc Nombre del asentamiento humano Cuauhtémoc	12.3 Número de vivienda 06470	12.4 Num. Int. 06470
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) 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: Meses <input type="checkbox"/> Para menores de un día: Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes: Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año: Semanas <input type="checkbox"/> Para persona de un año o más: Años completos 0 3 1 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 Se ignora <input type="checkbox"/> 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. 0 6 4 7 0				12.5 Tipo de asentamiento humano Colonia Cuauhtémoc				12.6 Nombre del asentamiento humano Cuauhtémoc						
12.7 Código Postal Ciudad de México				12.8 Localidad				12.9 Municipio o Alcaldía						
12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)				12.11 Localidad				12.12 Municipio o Alcaldía						
12.13 Localidad				12.14 Municipio o Alcaldía				12.15 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)						

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) 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: Meses <input type="checkbox"/> Para menores de un día: Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes: Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año: Semanas <input type="checkbox"/> Para persona de un año o más: Años completos 0 3 1 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 Se ignora <input type="checkbox"/> 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. 0 6 4 7 0				12.5 Tipo de asentamiento humano Colonia Cuauhtémoc				12.6 Nombre del asentamiento humano Cuauhtémoc						
12.7 Código Postal Ciudad de México				12.8 Localidad				12.9 Municipio o Alcaldía						
12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)				12.11 Localidad				12.12 Municipio o Alcaldía						
12.13 Localidad				12.14 Municipio o Alcaldía				12.15 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)						

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 Cuahtémoc 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 Cuahtémoc 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 Entidad federativa o país, o país 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? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <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 un año o más: <input type="text"/> 0 3 1						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: San Juan de Aragón 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 Sí <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"/>											

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			Calle		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			Doctores				
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		Dr. Balmis		148		0 6 7 2 6	
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							
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.	
Avenida		Cuahtémoc		San Juan de Aragón		202		0 6 4 7 0	
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 20.9 Municipio o Alcaldía		148 Ciudad de México 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int. 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 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 20.9 Municipio o Alcaldía		148 Ciudad de México 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int. 20.7 Código Postal	
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? 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 20.9 Municipio o Alcaldía		148 Ciudad de México 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int. 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="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 checked="" 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 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"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 00	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 20.1 Tipo de vía		Dr. Balmis 20.2 Nombre de la vía		148 20.3 Num. Ext.	
Colonia 20.5 Tipo de asentamiento humano		Doctores 20.8 Nombre del asentamiento humano		067216 20.7 Código Postal	
Cuauhtémoc 20.8 Localidad		Cuauhtémoc 20.9 Municipio o Alcaldía		Ciudad de México 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05022022 Día Mes Año 1642 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 23.2 Motivo de cirugía	
				24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? 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 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"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 00	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 20.1 Tipo de vía		Dr. Balmis 20.2 Nombre de la vía		148 20.3 Num. Ext.	
Colonia 20.5 Tipo de asentamiento humano		Doctores 20.8 Nombre del asentamiento humano		067216 20.7 Código Postal	
Cuauhtémoc 20.8 Localidad		Cuauhtémoc 20.9 Municipio o Alcaldía		Ciudad de México 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05022022 Día Mes Año 1642 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 23.2 Motivo de cirugía	
				24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 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 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"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 00	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 20.1 Tipo de vía		Dr. Balmis 20.2 Nombre de la vía		148 20.3 Num. Ext.	
Colonia 20.5 Tipo de asentamiento humano		Doctores 20.8 Nombre del asentamiento humano		067216 20.7 Código Postal	
Cuauhtémoc 20.8 Localidad		Cuauhtémoc 20.9 Municipio o Alcaldía		Ciudad de México 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05022022 Día Mes Año 1642 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 23.2 Motivo de cirugía	
				24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9	

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 autorregidas 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 vivienda 20.5 Tipo de asentamiento humano		Doctores Cuauhtémoc 20.2 Nombre de la vivienda 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 vivienda 20.5 Tipo de asentamiento humano		Doctores Cuauhtémoc 20.2 Nombre de la vivienda 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"/>	
		Código CIE 30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 Localidad Cuauhtémoc 20.8 Localidad		Dr. Balmis 20.2 Nombre de la vía pública Doctores Cuauhtémoc 20.8 Nombre del asentamiento humano Municipio o Alcaldía Cuauhtémoc 20.9 Municipio o Alcaldía		148 20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int. 06 7 2 6 20.7 Código Postal Ciudad de México 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 0 5 0 2 2 0 2 2 Hora Minutos 1 6 4 2		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 20 0 1 2 0 2 2 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)					
27. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 3 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"/> _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 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"/> _00	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Doctores Colonia Cuauhtémoc 20.1 Tipo de vía 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad		Dr. Balmis 148 20.2 Nombre de la vía 20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int. Doctores Cuauhtémoc 20.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 20.7 Código Postal 20.9 Municipio o Alcaldía 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? Si <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3		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"/> _3 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? Si <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3		25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input 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"/> _6		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 b) Encefalopatía urémica c) Insuficiencia renal crónica terminal d) Hipoplasia renal congénita		27. ¿SE PRÁCTICÓ NECRÓPSIA? Si <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3 27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Si <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 checked="" type="radio"/> _4 El parto <input type="radio"/> _2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input type="radio"/> _3 El puerperio <input type="radio"/> _5 28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones, prolapso del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2	
29. ¿LA (EL) FALLECIDO/PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 29.1 ¿Fue Condonador de órganos? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 30.1 CÓDIGO ADICIONAL			

La mujer estuvo embarazada

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 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"/> _00	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Doctores Colonia Cuauhtémoc 20.1 Tipo de vía 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.8 Localidad		Dr. Balmis 148 20.2 Nombre de la vía 20.3 Num. Ext. 20.4 Num. Int. Doctores Cuauhtémoc 20.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 20.7 Código Postal 20.9 Municipio o Alcaldía 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? Si <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3		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"/> _3 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? Si <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3		25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input 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"/> _6		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 b) Encefalopatía urémica c) Insuficiencia renal crónica terminal d) Hipoplasia renal congénita		27. ¿SE PRÁCTICÓ NECRÓPSIA? Si <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _3 27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Si <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 checked="" 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 type="radio"/> _3 El puerperio <input type="radio"/> _5 28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones, prolapso del embarazo, parto o puerperio? Si <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2	
29. ¿LA (EL) FALLECIDO/PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 29.1 ¿Fue Condonador de órganos? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 30.1 CÓDIGO ADICIONAL			

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 pública Cuauhtémoc 20.2 Nombre de la vía pública Cuauhtémoc 20.3 Num. Ext. 06726 Ciudad de México 20.4 Num. Int.		20.5 Tipo de asentamiento humano Cuauhtémoc 20.6 Municipio o Alcaldía Cuauhtémoc 20.7 Código Postal Ciudad de México 20.8 Localidad Cuauhtémoc 20.9 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? Si <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? Si <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? Si <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) Estado de coma Debido a (o como consecuencia de) Encefalopatía uremica Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada. 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 30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 30.1 CODIGO ADICIONAL	
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)		27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <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? Si <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 28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2	
		29. ¿LA (EL) FALLECIDO PRESENTO MUERTE ENCEFÁLICA? Si <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2		29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos? Si <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 Casa <input type="radio"/> 8 Área industrial (fábrica u otros) <input type="radio"/> 6 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 Ninguno	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle o carretera (no pública) <input checked="" type="radio"/> 4 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Granja <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (fábrica u otras) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Habitación <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: MH5UI2CD00753062F
	34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO ASESORADO/AOR 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	Investigación pendiente <input type="radio"/> 1 No puede determinarse <input type="radio"/> 2
	36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle Pueblo Iztapalapa	36.1 Tipo de vivienda Sur 101-B Mexicatzingo Iztapalapa	36.3 Núm. Ext. B 36.4 Núm. Int. 0 9 0 9 Ciudad de México
	36.5 Tipo de asentamiento humano Iztapalapa	36.6 Nombre del asentamiento humano Iztapalapa	36.7 Código Postal 06900
	36.8 Localidad Iztapalapa	36.9 Municipio o Alcaldía Iztapalapa	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 Ninguno	32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle o carretera (no pública) <input checked="" type="radio"/> 4 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Granja <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (fábrica u otras) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Habitación <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: MH5UI2CD00753062F
	34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO ASESORADO/AOR 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	Investigación pendiente <input type="radio"/> 1 No puede determinarse <input type="radio"/> 2
	36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Se ignora	36.1 Tipo de vivienda Se ignora	36.3 Núm. Ext. Se ignora 36.4 Núm. Int. Se ignora
	36.5 Tipo de asentamiento humano Se ignora	36.6 Nombre del asentamiento humano Se ignora	36.7 Código Postal Se ignora
	36.8 Localidad Se ignora	36.9 Municipio o Alcaldía 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	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	Medico Nefrólogo
-----	---------------------	---	--	---	---	--	-------------------------------	-------------------------

La defunción fue certificada por un médico pasante

NTE	37. 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* <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> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A <small>Número de la cédula profesional</small>		40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE		

- 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 certificador 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> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A <u>1234567</u> <small>Número de la cédula profesional</small>		40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE		

- 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 certificador 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 certificador

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> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A <u>1234567</u> <small>Número de la cédula profesional</small>		40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE <u> </u>		

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 certificador 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, Ciruj/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. *Especialidad: Médico Nefrólogo			38. NOMBRE: Carlos Alberto Andrade López Número(s) Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A: 1234567 Número de la cédula profesional			40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE:		
	41. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calle Doctores 41.1 Tipo de vía, 41.2 Nombre de la vía, 41.3 Núm. Est. 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		
	41.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México			41.10 Entidad federativa Ciudad de México			41.11 Teléfono 5544067289			42. FECHA DE CERTIFICACIÓN: _____		
	41.9 Municipio o Alcaldía			41.10 Entidad federativa			41.11 Teléfono			42. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año		

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

DE LA (DEL) CERTIFICANTE	37. CERTIFICADA POR: Médico/a tratante <input type="radio"/> 1, Médico/a legista <input type="radio"/> 2, Ciruj/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. *Especialidad: Médico Nefrólogo			38. NOMBRE: Carlos Alberto Andrade López Número(s) Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A: 1234567 Número de la cédula profesional			40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE:		
	41. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calzada Héroes del Sur 41.1 Tipo de vía, 41.2 Nombre de la vía, 41.3 Núm. Est. 08922 , 41.4 Núm. Int. 1420 , 41.5 Tipo de asentamiento humano Tlalpan			41.6 Nombre del asentamiento humano Tlalpan			41.7 Código Postal 556572190			41.8 Localidad Tlalpan		
	41.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México			41.10 Entidad federativa Ciudad de México			41.11 Teléfono 556572190			42. FECHA DE CERTIFICACIÓN: _____		
	41.9 Municipio o Alcaldía			41.10 Entidad federativa			41.11 Teléfono			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.

- 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, Ciruj/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. *Especialidad: Médico Nefrólogo			38. NOMBRE: Carlos Alberto Andrade López Número(s) Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A: 1234567 Número de la cédula profesional			40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE:		
	41. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calle Doctores 41.1 Tipo de vía, 41.2 Nombre de la vía, 41.3 Núm. Est. 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		
	41.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México			41.10 Entidad federativa Ciudad de México			41.11 Teléfono 5544067289			42. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 05022022		
	41.9 Municipio o Alcaldía			41.10 Entidad federativa			41.11 Teléfono			42. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año		

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

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUJETO 1. SEXO: Masculino <input type="radio"/> / Femenino <input type="radio"/> 2. EDAD GESTACIONAL: Semanas _____ Días _____ 3. PESO: Kilos _____ Gramos _____ 4. DE UN EMBARAZO: Espontáneo <input type="radio"/> / Reproducción asistida <input type="radio"/> 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> / Tercio <input type="radio"/> / Cuadrupelo <input type="radio"/>		5. ATENCIÓN PRENATAL: Si <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> 5.1 Resultó adecuada y puntual: Si <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"/> / Después del parto <input type="radio"/> 7.1 Cuidado de salud del producto: Normal <input type="radio"/> / Anormal <input type="radio"/> 7.2 ¿Se practicó necropsia? Si <input type="radio"/> / No <input type="radio"/>			
DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUJETO 8. SITIO DONDE OCURRIÓ LA ESPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Secretaría de Salud <input type="radio"/> / Centro de Salud <input type="radio"/> / FERIA <input type="radio"/> / SEMANA <input type="radio"/> / Otro médico privado <input type="radio"/> 8.1 Nombre de la unidad médica: _____ 8.2 Calle, Urbos de Calificación de Salud (CL, UC): _____ 9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA ESPULSIÓN O EXTRACCIÓN: 9.1 Tipo de vivienda: 9.2 Nombre de la vivienda: 9.3 Tipo de exterior: 9.4 País interior: 9.5 Tipo de asentamiento humano: 9.6 Nombre del asentamiento humano: 9.7 Código Postal: 9.8 Localidad: 9.9 Municipio o Acuña: 9.10 Estado federativo:		11. ¿QUÉ ATENDIÓ LA ESPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico generalista <input type="radio"/> / Otro médico <input type="radio"/> / Enfermero <input type="radio"/> / Paramédico <input type="radio"/> / Otro <input type="radio"/>					
				12. PROCEDIMIENTO PARA LA ESPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Píldora vaginal espontánea <input type="radio"/> / Tirsoles <input type="radio"/> / Se ignoró <input type="radio"/> / Fiebro oxidante <input type="radio"/> / Fierro <input type="radio"/> / Otro <input type="radio"/>			
DEL INF. 14. NOMBRE: (Apellido) _____ (Primer Apellido) _____ (Segundo Apellido) _____		15. PARENTESCO CON EL PRODUCTO: _____ 16. FIRMA DE LA (S) INFORMANTE: _____					
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL 17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Marque una sola causa en cada renglón. En el espacio de cada renglón puede escribirse además, aclaración de la comunicación materno-fetal, etc.) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; font-size: 8px;"> PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte: 17.1 Debido a (o como consecuencia de): 17.2 Debido a (o como consecuencia de): 17.3 Debido a (o como consecuencia de): </td> <td style="width: 40%; font-size: 8px;"> Marque si la causa fue: 17.4 MATERNA <input type="radio"/> / FETAL <input type="radio"/> 17.5 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.6 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.7 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.8 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.9 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;"> PARTE II Otras causas 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: 17.10 _____ 17.11 _____ </td> <td style="font-size: 8px;"> 17.12 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.13 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> </td> </tr> </table>				PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte: 17.1 Debido a (o como consecuencia de): 17.2 Debido a (o como consecuencia de): 17.3 Debido a (o como consecuencia de):	Marque si la causa fue: 17.4 MATERNA <input type="radio"/> / FETAL <input type="radio"/> 17.5 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.6 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.7 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.8 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.9 <input type="radio"/> / <input type="radio"/>	PARTE II Otras causas 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: 17.10 _____ 17.11 _____	17.12 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.13 <input type="radio"/> / <input type="radio"/>
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte: 17.1 Debido a (o como consecuencia de): 17.2 Debido a (o como consecuencia de): 17.3 Debido a (o como consecuencia de):	Marque si la causa fue: 17.4 MATERNA <input type="radio"/> / FETAL <input type="radio"/> 17.5 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.6 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.7 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.8 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.9 <input type="radio"/> / <input type="radio"/>						
PARTE II Otras causas 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: 17.10 _____ 17.11 _____	17.12 <input type="radio"/> / <input type="radio"/> 17.13 <input type="radio"/> / <input type="radio"/>						
18. NOMBRE: (Apellido) _____ (Primer Apellido) _____ (Segundo Apellido) _____ 19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código ICD: _____ 20. FECHA DE NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____ 21. ENTIDAD DE NACIMIENTO: (País) _____ (Estado) _____ 22. ¿SE RECONOCE COMO AFRODESCENDENTE? Si <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> / Se ignoró <input type="radio"/> 23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> / Se ignoró <input type="radio"/> 24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> / Se ignoró <input type="radio"/> 25. CURP: _____ 26. NACIONALIDAD: Mexicana <input type="radio"/> / Otra <input type="radio"/> / Triplé: _____ 27. RAZA (Races): _____ 28. SITUACIÓN CONYUGAL: Soltero <input type="radio"/> / En unión <input type="radio"/> / Casado <input type="radio"/> / Separado <input type="radio"/> / Divorciado <input type="radio"/> / Viudo <input type="radio"/> / Se ignoró <input type="radio"/> 29. RESIDENCIA HABITUAL: Analice el domicilio o teléfono permanente donde vive la madre o gestante: 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 País exterior: 29.4 País interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Acuña: 29.10 Estado federativo o país (de donde es el extranjero): 29.11 Teléfono: _____							
DATOS DE LA MADRE O GESTANTE 30. EDUCACIÓN: Primaria <input type="radio"/> / Secundaria <input type="radio"/> / Tercaria <input type="radio"/> / Superior <input type="radio"/> / Completa <input type="radio"/> / Incompleta <input type="radio"/> 30.1 ¿La educación alcanzada es: Insuficiente <input type="radio"/> / Suficiente <input type="radio"/> 31. Ocupación habitual: Si <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> / Se ignoró <input type="radio"/> 31.1 Trabajo actual: Si <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> / Se ignoró <input type="radio"/> 32. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna <input type="radio"/> / ISSSTE <input type="radio"/> / IMSS <input type="radio"/> / IMSS DESGUSTE <input type="radio"/> / ISSAM <input type="radio"/> / PODEX <input type="radio"/> / SEMAR <input type="radio"/> / ISSFAM <input type="radio"/> / Otro <input type="radio"/> / Se ignoró <input type="radio"/> 32.1 Número de seguridad social o afiliado: Se ignoró <input type="radio"/> 33. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): Se ignoró <input type="radio"/>							
34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, ¿TIPO HIASOS PRIMEROS? 34.1 Resultado Muerto: Se ignoró <input type="radio"/> / 34.2 Subvivió: Se ignoró <input type="radio"/> / 34.3 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____ 35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Si <input type="radio"/> / No <input type="radio"/>							
DATOS DEL CERTIFICANTE 36. CERTIFICADA POR: Médico Valiente <input type="radio"/> / Otro médico <input type="radio"/> / Autoridad civil <input type="radio"/> / Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> / Otro <input type="radio"/> 37. NOMBRE: (Apellido) _____ (Primer Apellido) _____ (Segundo Apellido) _____ 38. Domicilio: 38.1 Tipo de vivienda: 38.2 Nombre de la vivienda: 38.3 País exterior: 38.4 País interior: 38.5 Tipo de asentamiento humano: 38.6 Nombre del asentamiento humano: 38.7 Código Postal: 38.8 Localidad: 38.9 Municipio o Acuña: 38.10 Estado federativo: 38.11 Teléfono: _____ 39. TELÉFONO: _____ 40. FIRMA DE LA (S) CERTIFICANTE: _____ 41. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____							

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA Y COPIA (RSMA) Y LA Y COPIA (RSMA) PARA OBTENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS DE ACUERDO 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



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

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 cotear) 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.**
- 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, 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[09][20]18. 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: [09]1[9][20]18].
- 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

- 2. EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- 3. PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0]4[5]0, si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1]3[0]0. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
- 5. ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 6. ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción, la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- 7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1]6[0]5.
- 9. 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).
- 12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- 13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "SI", en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- 16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- 17. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el 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 dentro de cada renglón para codificar, anote la indicación de la clasificación médica (ej. 40).		Clasifique a la causa del	Uso CS
		INTERNACIONAL	
17.1	Hemorragia intraventricular Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17.2	Hipoxia intrauterina Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17.3	Insuficiencia placentaria Debido a (o como consecuencia de)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17.4	Hipertensión gestacional	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17.5	Tabaquismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

- 22. ¿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.
- 23. ¿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.
- 24. ¿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.
- 29. 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.
- 30. ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no hubiera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- 31. 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 dedicó a quehaceres del hogar o cuidados de las/os hijas/os, a estudiar, rentista, etc.
- 32. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando 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.
- 34. 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.
- 35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 al número de folio del Certificado de Defunción.
- 36-41. DATOS 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 médicas/os, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- 42. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas 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 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
---	--	---	---	---	--	---

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 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
---	--	---	--	---	--	---

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 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
---	--	---	--	--	--	---

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="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 Tres o más <input type="radio"/> 3 Gemelar <input type="radio"/> 2	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 No <input type="radio"/> 2	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 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				9.1 Nombre de la unidad médica INPER Isidro Espinosa de los Reyes		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 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="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 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="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 Tres o más <input type="radio"/> 3 Gemelar <input type="radio"/> 2	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 No <input type="radio"/> 2	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 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				9.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 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="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 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 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	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 checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				INPER Isidro Espinosa de los Reyes 9.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
	10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN				9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) D F S S A 0 0 4 0 9 6			
	Calle Montes Urales 10.1 Tipo de vía		800 10.3 Num. Exterior 10.4 Num. Interior		10.7 Código Postal 1 1 0 0 0			
	Colonia Miguel Hidalgo 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.8 Localidad		Lomas Virreyes Miguel Hidalgo 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.9 Municipio o Alcaldía		Ciudad de México 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 Parto inducido <input type="radio"/> 6 Cesárea <input type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 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"/> 3 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 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	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 checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				INPER Isidro Espinosa de los Reyes 9.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
	10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN				9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) D F S S A 0 0 4 0 9 6			
	Calle Montes Urales 10.1 Tipo de vía		800 10.3 Num. Exterior 10.4 Num. Interior		10.7 Código Postal 1 1 0 0 0			
	Colonia Miguel Hidalgo 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.8 Localidad		Lomas Virreyes Miguel Hidalgo 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.9 Municipio o Alcaldía		Ciudad de México 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 Parto inducido <input type="radio"/> 6 Cesárea <input type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 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"/> 3 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 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 8 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8												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 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México												800 10.3 Num. Exterior 10.4 Num. 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)	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) _____	1a	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2	
		1b	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2	
		1c	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
		1d	<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	Maria Georgina	Duran	Martinez	20. FECHA DE NACIMIENTO
	<small>Nombre(s)</small>	<small>Primer Apellido</small>	<small>Segundo Apellido</small>	<small>____</small> <small>____</small> <small>____</small> <small>Día Mes Año</small>

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	Maria Georgina	Duran	Martinez	20. FECHA DE NACIMIENTO
	<small>Nombre(s)</small>	<small>Primer Apellido</small>	<small>Segundo Apellido</small>	<small>05</small> <small>02</small> <small>19</small> <small>85</small> <small>____</small> <small>____</small> <small>Día Mes Año</small>

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 <small>Escriba totalmente el país, estado o el extranjero</small> Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? <small>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? <small>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <small>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small> *Especifique	

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 <small>Escriba totalmente el país, estado o el extranjero</small> Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? <small>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? <small>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <small>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small> Nicaragua *Especifique	

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 <small>Escriba totalmente el país, estado o el extranjero</small> Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? <small>Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? <small>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <small>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small> *Especifique	

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 <small>Escriba totalmente el país, estado o el extranjero</small> Estado de México	22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? <small>Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small>	23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? <small>Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <small>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small> *Especifique	

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 05 Mes 02 Año 1985	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO 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 05 Mes 02 Año 1985	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO 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 05 Mes 02 Año 1985	
21. ENTIDAD DE NACIMIENTO 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		
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 Colonia Culiacán Rosales <small>29.8 Localidad</small>		29.2 Nombre de la localidad Insurgentes Los Pinos Culiacán <small>29.9 Municipio o Alcaldía</small>		29.3 Núm. Exterior 250 8 0 1 2 8 <small>29.4 Núm. Interior</small> 6 6 7 1 0 1 1 5 5 5 <small>29.7 Código Postal</small> 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 05 Mes 02 Año 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

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	19. NOMBRE Maria Georgina Duran Martinez			20. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 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"/>	24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? HUAASTECA	
	25. CURP DUMG850921MSLRRR05			25. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> →		
	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"/> Vudado/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 vivienda Avenida		29.2 Nombre de la vivienda Insurgentes		29.3 Num. Exterior 250	
	29.4 Num. Interior Colonias		29.5 Tipo de asentamiento humano Los Pinos		29.6 Num. Interior 80128	
	29.7 Tipo de asentamiento humano Culiacán Rosales		29.8 Nombre del asentamiento humano Culiacán		29.7 Código Postal 6671011555	
	29.9 Localidad Culiacán		29.9 Municipio o Alcaldía Sinaloa		29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
	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 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:

Afilación 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 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 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 2509876543			
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"/> SEMAR <input type="checkbox"/> ISSFAM <input type="checkbox"/> *Especifique			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"/> 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"/> 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) 02	
34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJOS (NÚMERO)			35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Sí <input type="checkbox"/> No <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 0 5 0 2 1 9 8 5 Día Mes Año	
	21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23. ¿SE CONSIDERA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	
	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="radio"/> Otra* <input type="radio"/> → *Especifique		27. EDAD (Años) 3 7			
	28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera/o <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Casada/o <input type="radio"/> Separada/o <input type="radio"/> Divorciada/o <input type="radio"/> Viuda/o <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	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 8 0 1 2 8	
	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 6 6 7 1 0 1 1 5 5 5		30. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
30.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		31. OCUPACIÓN HABITUAL Recepcionista Se ignora <input type="radio"/>				
31.1 Trabaja actualmente Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Otra* <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
32.1 Número de seguridad social o afiliación: Se ignora <input type="radio"/> 2509876543		33. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) 0 2 Se ignora <input type="radio"/>				
34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO) 34.1 Nacidas/os Muertas/os 0 0 Se ignora <input type="radio"/>		34.3 Sobrevivientes 0 1 34.2 Nacidas/os Vivas/os 0 1 Se ignora <input type="radio"/>				
35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		35.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: 				

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

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

Ejemplo:

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

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)		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		32.2 Número de embarazos (incluye el actual) 02 Se ignora <input type="checkbox"/>		
33. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO) 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. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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/A 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/A 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/A 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.

39.8 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’.

39.9 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’.

39.10 Entidad federativa

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

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

Ejemplos:

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


DATOS DEL CERTIFICANTE	36. CERTIFICADA POR			37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/O		
	Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1	Otro médico* <input type="radio"/> 2	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	1234567		
	Médico legista <input type="radio"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Otro* <input type="radio"/> 6	Número de la cédula profesional		
	*Especifique					
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		1 1 0 0 0		
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		

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

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 

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: 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 muerte fetal.

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 Nombre(s)			Andrade Primer Apellido		Lopez Segundo Apellido
	39. DOMICILIO Calle 39.1 Tipo de vía/idad			Montes Urales 39.2 Nombre de la vía/idad		800 39.3 Num. Exterior
	Colonia 39.5 Tipo de asentamiento humano			Lomas Virreyes 39.6 Nombre del asentamiento humano		1 1 0 0 0 39.7 Código Postal
	Miguel Hidalgo 39.8 Localidad			Miguel Hidalgo 39.9 Municipio o Alcaldía		Ciudad de México 39.10 Entidad federativa
40. TELÉFONO 5540889910			41. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE 		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN 2 3 0 6 2 0 2 2 Día Mes Año	

14. GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

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

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

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

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

Certificante.- Persona autorizada para registrar datos y dar constancia de la autenticidad de los mismos. En el caso que nos ocupa, se constituyen como Certificantes autorizados para llenar el Certificado de

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

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

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

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

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

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

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

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

Defunción (muerte, fallecimiento) Fetal.- Pérdida de la vida de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre. 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