

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

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

**CONSIDERANDO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

#### ANEXO 1 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



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

FOLIO
999999999

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

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



999999999

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





# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO  
**999999999**

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

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

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



999999999





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

FOLIO
999999999

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

Main form area containing sections: DE LA DELI, DEL INF., DE LA DEFUNCIÓN, ACCIDENTAL O VIOLENTA, and DEL REG. CIVIL. Includes fields for personal data, cause of death, and registration details.



999999999

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA



**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Este es un espacio que debe ser llenado de preferencia por el familiar o el que haya estado pendiente de la atención del que haya sucedido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por el Secretario de Salud.
- De acuerdo a la NOM-039-S5A2-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se acredite el cuerpo, según aplica.
- Para el llenado de este Certificado debe ir con la información proporcionada por un familiar o personal legalmente responsable de la (el) fallecido/a sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, no, ma al secretario clínico para obtener la información.
- Hacer un original y tres copias, entregando un original al registro y las dos primeras copias con la defunción al Hospital Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certifica la defunción para integrar la información de mortalidad de Sector Salud y actualizar la misma de acuerdo al registro clínico de la (el) fallecido/a. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un período 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 el lápiz para regularidad de los datos. Verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de fecha, el orden de registro es día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo para 5 de marzo de 2018 escriba 05/03/2018. Registre la fecha de nacimiento completa, llenando con "N/A" o "N" los espacios de la información desconocida, ejemplo si se desconoce el año del nacimiento (2010) escriba: **NA/NA/10**.
- Marque con una "X" el círculo de "Registro" frente a los requisitos con "N/A" o "N" en caso de desconocerlos, seleccionando la información y después de acordados los datos con el certificante.
- Para las preguntas con opciones que tengan "asteriscos" se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los datos de los ancestros: Tipo de parentalidad (p. Calle, Avenida, Carretera, Diagonal, Carretera, Residencial, Boulevard), Nombre de la Matidad, Núm. Exterior (p. 303) e Interior (si aplica (p. 21, 2A, 2B), Tipo de asentamiento humano (p. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento (Código Postal, Localidad, Municipio o Ciudad y Entidad Federativa. No se anotan "comunidad o pueblo").
- Para uno de los ancestros de cada sexo, especifique por subcontinente, continente y Municipalidad del Certificado de Defunción y Matrimonio.
- Este documento continúa "FE DE ERRATAS" y no debe leerse hasta tener terminadas.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:**

- NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A):** Anote el nombre completo (el más completo en el Acta de Nacimiento). En el caso de que se (el) fallecido(a) sea una (a) menor nacido(a) en Aztlaco de nacimiento, escribir "Recién nacido(a)" en el lugar de nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de aplicar los nombres para la identificación de la persona, digan en orden los apellidos correspondientes y poner la opción "Nombres desconocidos".
- ENTIDAD DE NACIMIENTO:** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecido(a). Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad de Nacimiento".
- ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROAMERICANA(O)?** Marque con una "X" la opción "S" en caso de que la (el) fallecido(a) se auto-reconociera como afroamericana(o).
- ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "S" 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 "S" en caso de que la (el) fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además de español. Para casos de menores de 5 años, registrar si alguno de los padres se reconoce como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "S".
- EDAD CUMPLIDA:** Registre la edad cumplida y tiene con una "X" la opción en caso de tener esas edades. Cuando la edad cumplida sea desconocida, poner al menos se conoce que la (el) fallecido(a) nació ARCO, MESO, DIAZ, etc. (tiene con "N/A" o "N" los espacios correspondientes, ejemplo para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9/9/9). Marque la opción "Se ignoran" después de que se hayan marcado las edades para desconocer la edad. Para menores de 28 días de nacido(a): 01. Anote el Fecha del Certificado de Nacimiento. Para un CEN entre los 14 cuatravos y para un certificado impreso los Niños y niñas de 10 a 12 años las series de prescripción y 10.5 años el peso del recién nacido.
- SITUACIÓN CONYUGAL:** Situación de la (del) fallecido(a) de 12 años más o más con relación con los derechos y obligaciones legales y de cumplimiento del deber, respecto de la unión o matrimonio. Marque por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Anote el nombre que en el Registro Civil está certificado su estado conyugal. En caso de no estar seleccionado "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL:** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la (el) fallecido(a). Si esta corresponde a un país extranjero a México, anotar en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre de la país.
- ESCOLARIDAD:** Este programa aplica para fallecidos de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indica el nivel máximo de estudios de la (del) fallecido(a) y en 13.1 indique si se encuentran completada o incompleta. (no se combinan las opciones "N/A" o "N").
- OCCUPACIÓN HABITUAL:** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), manifiesto(a), etc. En 14.1 marque la opción "S" cuando la (el) fallecido(a) conviva con un trabajo o acuerdo en un negocio familiar o con su cuenta, independientemente de sus períodos de trabajo. Marque "N/A" cuando la (el) fallecido(a) se dedicara a quehaceres del hogar o cuidados de las (del) hijas(os), a estudiar, jubilado(a), retirado(a), etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:** Marque con una "X" la opción a la que estaba afiliado(a) la (el) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE:** La firma de la (el) Informante es de carácter obligatorio, ser autógrafo y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN:** Especificar la dependencia o institución de defunción. Si ésta sucedió en un lugar del medio público o proceso ante el nombre de la misma en 19.1 y en 19.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN:** Para el registro de la fecha, realizar las indicaciones generales. Para la hora de la ocurrencia del hecho, anote en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: la defunción ocurrió a las 14 de la tarde con 30 minutos, anote (14:30).
- ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, anote inmediatamente la autoridad civil.
- TIPO DE DEFUNCIÓN:** No marca la respuesta, **La causa se determinó después una resolución de la autoridad.**
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN:** Anote una o más causas que originaron la muerte, en orden de importancia, tiempo que transcurrió entre el comienzo de cada causa y la última de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal certificado".

27. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada recuadro. Una en la columna de cada recuadro, ejemplo: paracetamol, alcohol, etc.)		Se registra en el acta de defunción	Se registra en el acta de defunción
<b>NOTAS:</b> Reporte la enfermedad o condición que condujo al fallecimiento de la (del) fallecido(a). Marque la opción "Se desconoce" cuando no se sabe la causa que condujo a la muerte o si ésta se desconoce o si a que haya que registrar debajo de ella. *PARTICULARIDADES: Marque con una "X" la opción "Se desconoce" cuando no se sabe la causa de la muerte o si ésta se desconoce o si a que haya que registrar debajo de ella.	a) <b>Paracetamol, Alcohol, etc.</b> Declarar si (p. si no se conoce) (p. no)	Si marca la opción "Se desconoce" o "N/A" o "N" en esta opción, anote en el espacio asignado para tal fin.	Si marca la opción "Se desconoce" o "N/A" o "N" en esta opción, anote en el espacio asignado para tal fin.
	b) <b>Deforcación del dentado</b> Declarar si (p. si no se conoce) (p. no)		
	c) <b>Diagnóstico desconocido</b> Declarar si (p. si no se conoce) (p. no)		
	d) <b>Uso exclusivo del personal certificado</b>		
<b>NOTAS:</b> Otras enfermedades o lesiones pueden tener significación y se plasmarán en la parte II, caso de que se vincule o refiera a la defunción.		<b>Asignación arcaica 5 años</b> (el número de años puede ser otro, después de el estado predefinido).	

- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Lea preguntas anteriores para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidental o violenta).
- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:** Anotar si alguna mujer tiene depresión postparto. Marque en 20.4 una de las opciones en la 1. a o 2. a y no anote la respuesta en las preguntas 20.2 y 20.3.
- LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA):** Especifique la opción correspondiente, **concluya o no con el sitio donde se ocurrió la defunción.**
- RELACION DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR(A) CON LA (EL) FALLECIDO(A):** Anote la relación que tenía la (el) presunto agresor(a) con la (el) fallecido(a). Si la relación es un presunto homicida escriba e parentesis con la (el) fallecido(a) de la (del) presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). 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, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión de presunto accidente familiar o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, arrojado por un autobús o cruzar la avenida.
- DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA):** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto responsable, homicida o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique el nombre de la carretera y el número de kilómetro. Este incluir "domicilio conector" en su caso use referencias 30-41.
- DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE:** No anotar "N/A" o "N" sino anotar que la (el) Manifiesto. En el caso de ser una (a) médica/o prescriba/o que certifique debe estar registrada en la opción 4. Personas autorizadas por la Secretaría de Salud. Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su título profesional. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- FECHA DE CERTIFICACIÓN:** Anote la día, mes y año de expedición del Certificado, para registro en la unidad de registro de defunciones.

**#REFERENCIAS**  
 NOM-039-S5A2-2012, Norma Oficial Mexicana que establece el Procedimiento para el Registro y el Expediente de Defunciones y el Acta de Defunción, publicada el 20 de mayo de 2012 en el Diario Oficial de la Federación.



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO  
**999999999**

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

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. NO. DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL	
5. CLASE		6. UBICACIÓN DEL LUGAR DE DEFUNCIÓN		7. TIPO DE DEFUNCIÓN		8. TIPO DE DEFUNCIÓN	
9. UBICACIÓN DEL LUGAR DE DEFUNCIÓN		10. NACIONALIDAD		11. RELIGIÓN		12. RELIGIÓN	
13. OCUPACIÓN ACTUAL		14. TIPO DE DEFUNCIÓN		15. TIPO DE DEFUNCIÓN		16. TIPO DE DEFUNCIÓN	
17. TIPO DE DEFUNCIÓN		18. TIPO DE DEFUNCIÓN		19. TIPO DE DEFUNCIÓN		20. TIPO DE DEFUNCIÓN	
21. TIPO DE DEFUNCIÓN		22. TIPO DE DEFUNCIÓN		23. TIPO DE DEFUNCIÓN		24. TIPO DE DEFUNCIÓN	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN		26. TIPO DE DEFUNCIÓN		27. TIPO DE DEFUNCIÓN		28. TIPO DE DEFUNCIÓN	
29. TIPO DE DEFUNCIÓN		30. TIPO DE DEFUNCIÓN		31. TIPO DE DEFUNCIÓN		32. TIPO DE DEFUNCIÓN	
33. TIPO DE DEFUNCIÓN		34. TIPO DE DEFUNCIÓN		35. TIPO DE DEFUNCIÓN		36. TIPO DE DEFUNCIÓN	
37. TIPO DE DEFUNCIÓN		38. TIPO DE DEFUNCIÓN		39. TIPO DE DEFUNCIÓN		40. TIPO DE DEFUNCIÓN	
41. TIPO DE DEFUNCIÓN		42. TIPO DE DEFUNCIÓN		43. TIPO DE DEFUNCIÓN		44. TIPO DE DEFUNCIÓN	
45. TIPO DE DEFUNCIÓN		46. TIPO DE DEFUNCIÓN		47. TIPO DE DEFUNCIÓN		48. TIPO DE DEFUNCIÓN	
49. TIPO DE DEFUNCIÓN		50. TIPO DE DEFUNCIÓN		51. TIPO DE DEFUNCIÓN		52. TIPO DE DEFUNCIÓN	
53. TIPO DE DEFUNCIÓN		54. TIPO DE DEFUNCIÓN		55. TIPO DE DEFUNCIÓN		56. TIPO DE DEFUNCIÓN	
57. TIPO DE DEFUNCIÓN		58. TIPO DE DEFUNCIÓN		59. TIPO DE DEFUNCIÓN		60. TIPO DE DEFUNCIÓN	
61. TIPO DE DEFUNCIÓN		62. TIPO DE DEFUNCIÓN		63. TIPO DE DEFUNCIÓN		64. TIPO DE DEFUNCIÓN	
65. TIPO DE DEFUNCIÓN		66. TIPO DE DEFUNCIÓN		67. TIPO DE DEFUNCIÓN		68. TIPO DE DEFUNCIÓN	
69. TIPO DE DEFUNCIÓN		70. TIPO DE DEFUNCIÓN		71. TIPO DE DEFUNCIÓN		72. TIPO DE DEFUNCIÓN	
73. TIPO DE DEFUNCIÓN		74. TIPO DE DEFUNCIÓN		75. TIPO DE DEFUNCIÓN		76. TIPO DE DEFUNCIÓN	
77. TIPO DE DEFUNCIÓN		78. TIPO DE DEFUNCIÓN		79. TIPO DE DEFUNCIÓN		80. TIPO DE DEFUNCIÓN	
81. TIPO DE DEFUNCIÓN		82. TIPO DE DEFUNCIÓN		83. TIPO DE DEFUNCIÓN		84. TIPO DE DEFUNCIÓN	
85. TIPO DE DEFUNCIÓN		86. TIPO DE DEFUNCIÓN		87. TIPO DE DEFUNCIÓN		88. TIPO DE DEFUNCIÓN	
89. TIPO DE DEFUNCIÓN		90. TIPO DE DEFUNCIÓN		91. TIPO DE DEFUNCIÓN		92. TIPO DE DEFUNCIÓN	
93. TIPO DE DEFUNCIÓN		94. TIPO DE DEFUNCIÓN		95. TIPO DE DEFUNCIÓN		96. TIPO DE DEFUNCIÓN	
97. TIPO DE DEFUNCIÓN		98. TIPO DE DEFUNCIÓN		99. TIPO DE DEFUNCIÓN		100. TIPO DE DEFUNCIÓN	

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



999999999

### INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

#### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser llenado por una (1) persona, de preferencia el solicitante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En algunos casos no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-055-S5A3-2012 en el numeral 13.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado se debe proporcionar la información proporcionada por el familiar o persona legalmente responsable de la defunción, sustentada por los documentos correspondientes a la defunción, como en su momento médico, caso en el que se debe dar una copia de estos a la defunción.
- Llene en español y las copias, entregue a los familiares o el personal de los centros de salud con la instrucción de la copia a. Registre el número de Acta de Defunción. La misma copia debe conservarse en la unidad médica que emitió la defunción para luego si la información es trasladada a otra unidad y posteriormente respaldarse en el expediente clínico de la defunción. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la fe del 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 utilize punta de gel) usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una suscripción plana y firme, ordenando a escribir para legibilidad los datos. Verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de la, meros utilice arabigos (0, 1, 2, 3).
- En los espacios de fecha, el mes de registro en día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo para 3 de marzo de 2018 sería (03/03/2018). Registre la fecha de información para el llenado con "nuevos" los espacios de la información desconocida, ejemplo si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), sería: 03/03/2010.
- Marque con una "X" el dato de "diferencia" o "nuevo" en los espacios con "nuevos" en el caso de datos cambiados, señalando sus diferencias de información y causas de cada fecha de los recursos para cambios.
- Para las preguntas con opciones que tengan "ninguna" se debe escribir en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Fiestral, Boulevard, Nombre de la vivienda, Número Exterior e Interior, SMI e Interior si aplica (ej. 21, 2A, 100), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Pueblo, Ejido, Rancharo, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento (Código Postal, Localidad, Municipio o Estado y Unidad federativa). Liste cualquier domicilio adicional.
- Para los nombres del fallecido, sus familiares, compañeros y parientes cercanos, escriba el Nombre de Pila, Nombre de Cortesías, Apellido y Materno (total) y debe aparecer en cualquier "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

#### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo de la(s) persona(s) en el Acta de Defunción. En el caso de que se haya fallecido más de una (1) persona anote la(s) de nacimiento, es decir "Rocío Nájera" en el lugar de nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los espacios para la identificación de la persona, agregue en otras las escrituras correspondientes a mostrar a quien "Rocío Nájera" descendió de.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federal en 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 AFRO-CARIBEANA/O?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) se reconociera como afro-caribeana.
- ¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) se reconociera como indígena de acuerdo a su cultura.
- ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea en su lengua o además del español. Para casos de menores de 5 años, preguntar si alguno de los padres se reconoce como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y la fecha en que se cumplió en caso de tener fechas exactas. Cuando no posea una fecha exacta de nacimiento, poner al menos de conocer que la (el) fallecido(a) cumplió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., (Llene con "nuevos" los espacios correspondientes, ejemplo para personas de 40 años 40 años en el lugar para años cumplidos (40). Marque la opción "Ninguna" después de que se han llenado los espacios para personas que no se sabe la fecha.
- Para menores de 28 días de nacimiento: 10.1 Añete al Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 4 caracteres y para un CEN fiscal use los 4 dígitos. Si nacidos: 10.2 Añete los semanas de gestación y 10.3 Añete el peso al nacer en gramos.
- SITUACIÓN CONYUGAL.** Sitúese de acuerdo al fallecido de 10 años y más de edad 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. Anotar al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario se debe anotar "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 al Médico anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que mejor describa el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) en un 13 (trece) y la escolaridad es completa o incompleta. Cuando no tenga escolaridad marcar "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, segunda, o tercera, en su caso. En 13 (trece) la opción "SI" cuando la (el) fallecido(a) trabaja con un horario establecido en un negocio familiar o para su cuenta, independientemente de sus posibilidades de ingresos. Marque "NO" cuando la (el) fallecido(a) se dedica a actividades del hogar o cuidados de las (las) hijas (hijos), a estudiar, jubilado(a), retirado(a), etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFLIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliado la (el) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (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 tres copias).
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especificar el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en un sitio del medio público o privado anote el nombre de la zona en 19 (diez y 9) y el 192 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Para el registro de la fecha, notificar 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 6 de la tarde con 30 minutos sería (18:30).
- ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?** Si la muerte fue accidental o violenta, anote inmediatamente a la autoridad del.
- TIPO DE DEFUNCIÓN.** Anote la respuesta, **sección seleccionada cuando una defunción no es violenta.**
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, en orden al momento de tiempo que ocurrió entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Debe ser clara y concisa para el "Luz de la vida" del personal sanitario.

PARTE I. Anote el nombre de la (del) fallecido(a) en el espacio de "Nombre de la (del) fallecido(a)". En el caso de que se haya fallecido más de una (1) persona anote la(s) de nacimiento, es decir "Rocío Nájera" en el lugar de nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de agotar los espacios para la identificación de la persona, agregue en otras las escrituras correspondientes a mostrar a quien "Rocío Nájera" descendió de.

ST. CALIDAD DE LA DEFUNCIÓN (Verificar en cada renglón. Sólo en el momento de morir, siempre por causas naturales, etc.)	Termino que se refiere a un tipo de defunción	El tiempo que se debe guardar la copia (después de la defunción)
PARTE I. Razón la enfermedad o condición que causó la muerte de la (del) fallecido(a)	Defunción sin ayuda (Defunción sin causas naturales)	2 días
Reporte la causa de defunción que causó la muerte (si aplica). Anote la causa básica en la columna de la izquierda.	Defunción del ciudadano (Defunción por causas naturales)	3 días
	Defunción accidental	3 días
	Defunción violenta	3 días
PARTE II. Causa(s) o causas que provocaron la defunción (Verificar en cada renglón. Sólo en el momento de morir, siempre por causas naturales, etc.)	Defunción violenta (Defunción por causas naturales)	3 días

- ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidente o violenta).
- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 34 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 28 (veinte y ocho) una de las opciones de la Parte 5 y no en la respuesta las preguntas 20.2 y 20.3.
- LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Especificar la opción correspondiente, **colóquela en caso de la defunción accidental o violenta.**
- RELACION DE LA (DEL) PRESUNTIVO AGRESOR CON LA (DEL) FALLECIDO(A).** Anote la relación que tenía la (el) presuntivo agresor con la (el) fallecido(a). Si la defunción es un presunto homicidio, escribir el parentesco con la (el) fallecido(a) de la (del) presuntivo responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, conserje(a), etc. En caso de no estar un parentesco con la (el) fallecido(a) escribir "Ninguna".
- DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA CAUSA EXTERNA.** Describa brevemente la situación o circunstancias que provocaron que se produjo la muerte accidental o violenta, ejemplo: accidente de tránsito, ejemplo: caídas desde un piso, caso: no pedaban por un momento al cruzar la avenida.
- DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA).** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto responsable, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en otro sitio especificar el nombre de la colonia y el número de Manzanillo. Este sitio de domicilio coincide con el caso de defunciones.
- DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No en el renglón 36 que la (el) identifique. En el caso de ser una institución, anotar el que emitió el certificado, esto debe responderse en 36 (trece) y "Reservados por la Secretaría de Salud". Para el caso de un médico, se debe proporcionar 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 tres copias).
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, **por ningún motivo debe dejarse sin información.**

EN LA CIUDAD DE MEXICO, a los días 06 de Mayo del 2022. En la ciudad de México, D.F., a los días 06 de Mayo del 2022. Aplica para: CEN y CEN Fiscal. Registro de Defunciones.

### VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL



# 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

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

LOS DATOS PERSONALES 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

1. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		2. EDAD GESTACIONAL Semanas _____ Días _____		3. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		4. DE LA EMBAJAZO Espinosa <input type="radio"/> Sacrocaudal <input type="radio"/>		5. TIPO DE EMBAJAZO Útero <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/>		6. PRENSIÓN PERINEAL Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		7. TIPO DE PARTO Normal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>		8. FECHA Y HORA DE LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Min _____ Seg _____	
9. TIPO DE EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN Vaginal <input type="radio"/> Instrumental <input type="radio"/>		10. DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBAJAZO Y DEL SUCESO MORFOLOGÍA <input type="radio"/> SEXO <input type="radio"/> PESO <input type="radio"/>		11. ¿QUÉ R. ATRIBUYÓ LA EMPLASIÓN O EXTRACCIÓN? Médico generalista <input type="radio"/> Ginecóloga <input type="radio"/> Embriólogo <input type="radio"/> Patólogo <input type="radio"/> Cirujano <input type="radio"/>		12. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		13. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		14. ACUERO Materno <input type="radio"/> Paterno <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/>		15. PADRE(S) CON EL PRODUCTO Materno <input type="radio"/> Paterno <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/>		16. FIRMA DE LA OBL. INFORMANTE Firma <input type="text"/>	
17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL PORTAL Causa única o primaria que causó directamente la muerte 1. Dato a (o como consecuencia de) <input type="text"/>		18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código ICD <input type="text"/>		19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código ICD <input type="text"/>		20. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		21. ENTIDAD DE NACIMIENTO <input type="text"/>		22. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		24. ¿PARA LA OBL. INFORMANTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
25. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		26. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		27. EDAD (Años) <input type="text"/>		28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>		29. RESIDENCIA HABITUAL Tipo de vivienda <input type="text"/>		30. TIPO DE VIVIENDA <input type="text"/>		31. NOMBRE DE LA VIVIENDA <input type="text"/>		32. TIPO DE VIVIENDA <input type="text"/>	
33. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/>		34. APLICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Centro de salud <input type="radio"/>		35. OCUPACIÓN HABITUAL Cualquiera <input type="radio"/> Sin ocupación <input type="radio"/>		36. NÚMERO DE SERVICIOS DE SALUD Ninguno <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Centro de salud <input type="radio"/>		37. NÚMERO DE SERVICIOS DE SALUD Ninguno <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Centro de salud <input type="radio"/>		38. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		39. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		40. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
41. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		42. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		43. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		44. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		45. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		46. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		47. ¿FUE CIRCUNSTANCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O INTERFAMILIAR EN BOTH HEMBRAS? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			

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



999999999

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un(a) médico(a), preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción... Para el llenado de este Certificado, auxiliarse con la información proporcionada por la madre o gestante... Llene en original y tres copias... En los campos de Fecha, el orden de registro es día, mes y año... Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta... Para las preguntas con opciones que tengan " (ambos) " se debe explicar de forma clara la información que se solicita...

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo... 3. PESO. Anote en gramos el peso del producto... 5. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal... 6. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado... 7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión... 7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Esta pregunta aplica para toda muerte fetal... 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho... 9. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión... 12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Seleccione el procedimiento empleado... 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... 16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio... 17. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón...

PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre o gestante que produjo directamente a muerte... PARTE II. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la madre/gestante o al producto...

Table with 3 columns: Descripción de la causa fetal, Clasificación de la causa fetal, and Código CIE. Rows include Hemorragia intraventricular, Hemorragia intracerebral, Insuficiencia placentaria, Hipertensión gestacional, and Tabaquismo.

- 22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como afroamericana... 23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena... 24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena... 29. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante... 30. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante... 31. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal... 32. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante... 34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO). Anote el número de hijas/os que ha tenido la madre o gestante... 35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado... 42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado...

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



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFINICIÓN FETAL (FETO MORTUATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN 4 YTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE EL CUERPO DEL PRODUCTO, LLEGO A SU DESTINO SIN NINGUNA OTRA LESIÓN ALIVIA, 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 una institución, o profesionalmente, por la ley que otorga la expedición para producirse a partir de 22 semanas de gestación, pero puede certificarse productos de 21 semanas y tres días, si los padres o tutores desean hacerlo. En los lugares donde no haya médico, puede ser expedido por una persona autorizada por el Secretariado de Salud.
• Para el llenado de este Certificado, suministrará la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica, suministre el expediente clínico de la madre o gestante para obtener la información necesaria.
• Llene en español y sus copias, entregue a sus familiares el original y un tercer ejemplar, cada uno, a la institución de destino. A. Registre en la Unidad Médica el permiso de información o cremación. La tercera copia debe conservarse en la Unidad Médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad de Salud Pública y posteriormente registrarse en el expediente clínico de la madre o gestante. Si el Certificado es expedido fuera de una Unidad Médica, la (el) certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
• Entrese en línea negro o azul fino en tinta azul o negro, usando letra de molde clara y legible o con máquina de escribir, no use abreviaturas ni símbolos ni signos, salvo los de abreviación.
• Entrese sobre una sola línea para la firma, presionando el escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números o cifras, registre 0 (Cero), 1 (Uno), 2 (Dos), etc.
• En los campos de Fecha, el orden de registro es día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para el 1 de septiembre de 2018 anote [01/09/2018]. Registre mes y año con ceros a la izquierda con "meses" en el espacio de la información de sexo de ejemplo: si es posible registrar solo el año de la expulsi6n o extracción (CIE-10, campo 8) [18] [01] [8].
• Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
• Para los procedimientos con opciones que tengan "gestación" debe explicarse de forma clara la información que se solicita, en el espacio designado para tal fin.
• Marque con una "X" el círculo de "Sólo en el" a menos los espacios con "nuevos" en el caso de otros números, sólo cuando se desconoce la información y se quiere registrar los nuevos y/o ya existentes.
• Para los sistemas de salud: 1. Identificación: Cód. Postal, Centro: Distrito, Depend. Estatal, Inst. Salud, Hospital, Nombre de la Unidad Médica, Nombre de la Madre o Gestante (Ej. DA, 99). Tipo de asentamiento humano (Ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancho, etc.), Pueblo, Unidad Habitacional, Nombre del asentamiento: Distrito Federal, Inst. Salud, Municipio y Estado y País de nacimiento: Población: "Indefinida inmediata" en su caso en las tablas.
• Este documento contiene "FE DE ERRATA" y se debe leer detenidamente o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto (ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0\_4\_5\_0\_], si pesa 1\_116\_300 gramos anote [1\_1\_1\_0\_0]). No registre con otra unidad de medida (kg, g, 1000 gramos).
5. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control de embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
6. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado si en cualquier momento de la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pedregada, amagada, con abrasión o deshidratación superficial que al tocarse se separa.
7.2 ¿SE PRACICÓ NECROPSIA?. Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo, si ocurrió a las 4 de la tarde con 0 minutos anote [1\_6] [0\_5].
9. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especificar el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esto ocurrió en una Unidad Médica pública o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Anote una "X" en la opción "Si" en caso de haber evidencia de violencia doméstica emocional, física, económica, patrimonial, y/o sexual.
13. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafo y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
17. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcador con una "X" en las columnas de la derecha si se le atribuye a una o más tablas y/o al producto. Deje en blanco el espacio para "uso exclusivo del personal confiado".
PARTE I. En la línea a) se debe la relación del producto o de la madre o gestante que produjo directamente la muerte; en las líneas b) c) y d) debe registrarse las intermedias o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anterior, en la línea a). Como ayuda deberá de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a", (o como causa anterior), a la cual indica qué la causa que sucede en la línea superior, se debe a los acontecimientos de la que sigue a registrar o debajo de ella.
PARTE II. Cuando aparezca alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la madre/gestante o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anteriores en la PARTE I, señálelo.

Table with 4 columns: Causa de la muerte fetal, Respuesta a la causa, y Códigos CIE-10. Rows include: Hemorragia intraventricular, Epilepsia intraventricular, Insuficiencia placentaria, Hipertensión gestacional, and Tabaquismo.

- 22. ¿SE RECONOCE COMO AFROHISPÁNICA/O?. Marque con una "X" la opción "Si" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como afrohispánica.
23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Si" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como indígena de acuerdo a su cultura.
24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Si" en caso de que la madre o gestante habla alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
25. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Este corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
33. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 33.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no es ninguna de las opciones, marque "Ninguna".
34. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: doméstica, maestra, etc. En 34.1, marque la opción "Si" cuando la madre o gestante trabaja con un trabajo a tiempo en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedica a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos/as, a estudiar, retiro, etc.
35. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "ninguna" debe marcarse cuando definitivamente manifieste que la madre o gestante no tiene afiliación a servicios de salud. En 35.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que ésta coincide con la opción registrada en la pregunta 32.
36. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO). Anote el número de hijas/os que ha tenido la madre o gestante independientemente de que a la fecha estén vivas o no. 36.1 cuántas/os hayan nacido muertas/os, 36.2 cuántas/os hayan nacido vivas/os y 36.3 cuántas/os sobrevivieron.
37. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?. Se elige "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 37.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
38-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que la (el) identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafo y se debe de plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su del profesional.
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado; por ningún motivo debe dejarse sin completar.

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



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

999999999

999999999

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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (MOM) Y LA 2ª COPIA JUNTAMENTE AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PARTO DE INSURANCIA

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SAU Y LOS DEJADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES

1. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		3. EDAD SEMANAS <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/>		4. DEMONSTRACIONES Dolor abdominal <input type="radio"/> Sangrado <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/>		5. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>		6. Tipo de parto Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>	
7. ESTE PARTO FUE Espontáneo <input type="radio"/> Inducido <input type="radio"/>		8. LA MUJER PRESENTA SIGNOS DE PARTO Dolor <input type="radio"/> Sangrado <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/>		9. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>		10. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>		11. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>	
9. SÍMPTOMAS QUE LE ANTERCEDIERON LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Dolor <input type="radio"/> Sangrado <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/>									
10. DÓNDE SE DIO EL PARTO O LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Hospital <input type="radio"/> Centro de salud <input type="radio"/> Domicilio <input type="radio"/>									
11. COORDINADAS DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Latitud <input type="text"/> Longitud <input type="text"/>									
12. FRECUENCIA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>									
13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA HACIA LA MUJER O INDICADORES DE RIESGO PSICOLÓGICO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
14. SÍMPTOMAS DEL PARTO Dolor <input type="radio"/> Sangrado <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/>									
15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Indicar la causa principal y la secundaria, si aplica) Causa principal: <input type="text"/> Causa secundaria: <input type="text"/>									
16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNTO (Código CIE)									
17. NOMBRE Apellido <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Patronímico <input type="text"/>									
18. FECHA DE NACIMIENTO Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>									
19. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>									
20. ESTADOCIVIL Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/>									
21. IDENTIFICACION FAMILIAR Identificación familiar <input type="text"/>									
22. FECHA DE PARTO Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>									
23. HORA DE PARTO Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>									
24. INSTITUCIÓN DE SALUD Hospital <input type="radio"/> Centro de salud <input type="radio"/> Domicilio <input type="radio"/>									
25. NOMBRE DEL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL PARTO Nombre <input type="text"/>									
26. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
27. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
28. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
29. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
30. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
31. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
32. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
33. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
34. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
35. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
36. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
37. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
38. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
39. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
40. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
41. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
42. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
43. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
44. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
45. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
46. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
47. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
48. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
49. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
50. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
51. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
52. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
53. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
54. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
55. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
56. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
57. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
58. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
59. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
60. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
61. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
62. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
63. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
64. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
65. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
66. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
67. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
68. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
69. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
70. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
71. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
72. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
73. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
74. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
75. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
76. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
77. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
78. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
79. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
80. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
81. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
82. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
83. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
84. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
85. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
86. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
87. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
88. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
89. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
90. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
91. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
92. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
93. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
94. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
95. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
96. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
97. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
98. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
99. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									
100. TIPO DE PARTO Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>									

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA



999999999







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

9999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

1. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		2. EDAD (DIFERENCIAL) Años Meses Días		3. PESO Kilogramos Gramos		4. DEBE EMBARAZAR? Capacidad fisiológica <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>		5. TIPO DE EMBARAZO Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>		6. ESTADO O TIPO DE EMBARAZO Ectópico <input type="radio"/> Múltiple <input type="radio"/>		7. AL DEJAR AL FETO Vivo <input type="radio"/> Muerto <input type="radio"/>	
8. TIPO DE EMBARAZO Ectópico <input type="radio"/> Múltiple <input type="radio"/>		9. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> Durante el parto <input type="radio"/> Después del parto <input type="radio"/>				10. TIPO DE PARTO Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>		11. FECHA Y HORA DE LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Hora Minutos Segundos					
12. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN Hospital <input type="radio"/> Clínica <input type="radio"/> Centro de salud <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>													
13. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN Calle No. Colonia Ciudad Estado													
14. ¿CÓMO OBTUVO LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Natural <input type="radio"/> Instrumental <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/>													
15. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
16. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
17. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
18. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
19. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
20. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
21. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
22. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
23. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
24. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
25. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
26. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
27. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
28. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
29. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
30. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
31. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
32. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
33. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
34. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
35. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
36. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
37. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
38. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
39. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
40. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
41. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
42. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
43. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
44. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
45. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
46. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
47. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
48. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
49. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
50. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
51. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
52. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
53. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
54. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
55. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
56. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
57. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
58. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
59. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
60. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
61. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
62. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
63. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
64. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
65. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
66. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
67. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
68. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
69. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
70. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
71. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
72. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
73. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
74. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
75. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
76. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
77. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
78. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
79. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
80. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
81. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
82. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
83. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
84. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
85. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
86. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
87. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
88. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
89. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
90. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
91. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
92. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
93. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
94. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
95. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
96. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
97. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
98. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
99. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													
100. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA EMISIÓN O EXTRACCIÓN? Espontánea <input type="radio"/> Inducida <input type="radio"/>													

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



9999999999

### 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 O, COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO. LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA NI FALTA ALGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL, O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MUSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (O E10, VOLUMEN 2)

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Debe ser expedido por un médico(a) directamente por la(s) que atendió la expulsión o extracción, o por el producto a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para fines de diagnóstico). En los lugares donde no haya médico(a) podrá ser expedido por otra persona autorizada por el Director de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, suministre con la información apropiada acerca de la madre o gestante, al padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica, asegure la expedición dentro de la misma o quédese como testigo en el establecimiento.
- Derechos y deberes: Antiguamente las mujeres embarazadas tenían el control y las decisiones sobre el embarazo. Ahora, en los Estados Unidos, el Registro Civil para garantizar el parto requiere la información. La forma copia de los registros va a la unidad médica que certifica la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Departamento de Salud y proporcionar información en el caso de la firma de la madre o gestante. Si el Certificado se expide fuera de una unidad médica, la(s) certificador(a) está obligada/o a remitir copia de este a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escríbala con tinta negra o azul (no azul de carbón) usando letra de molde, clara y legible o por máquina de escribir. No use abreviaturas, ni símbolos, ni dígitos, salvo los de puntuación.
- Las ceros estén bien separados y limpias. Use ceros blancos para igualdad de las ceros. Verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última ceros. En el caso de números entre corchetes [1, 2, 3, 4].
- En los campos de "año", el orden de escritura es: día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses, con un dígito "espuma" para 1 de septiembre de 2019 (09|09|2019). Registre la información censal, llenando con "nuevos" las especies de información censal, ejemplos si es posible cuando sea aplicable al año de la clasificación o código de (2018), año: (99|09|2018).
- Muevas ceros: "7" sobre el ceros correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas en opciones con letras, asegure que se debe explicar de cómo dar la información que se solicita en el respectivo campo para el "SI", "NO" o "N/A".
- Muevas con una "0" al inicio de "Se ignoró" o tiene los espacios con "nuevos" en el caso de datos numéricos. Verifique que se alineen con la información a proporcionar antes de llenar los espacios correspondientes.
- Para los datos censales: Tipo de estado (de: Calif., Conn., Del., Fla., Ga., Ill., Ind., Iowa, Kan., Ky., La., Me., Mich., Minn., Mont., Neb., Nev., N.J., N.Y., N.C., N.D., Pa., S.C., S.D., Tex., Va., W. Va., Wis., W. Va., W. Va., W. Va.) Nombre de la ciudad (San Antonio, S.M.C. o menor o aplicable), (Ej. 21, 2A, 69) Tipo de asentamiento humano (Ej. Colonia, Población, Puerto, Ejido, Rancho, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento (Ejemplo: Santa Fe, Toluca), Nombre del paciente y ciudad (Ejemplo: Toluca, México), Nombre del médico(a) (Ejemplo: "Ejemplo de médico(a)", en su caso, use referencias).
- Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o correcciones.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS**

- 2. **EDAD O GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, con base en la fecha de la última menstruación (hasta el momento de la extracción o expulsión del producto).
- 3. **PESO.** Anote un número al peso del producto. Ejemplo: si el producto pesó 450 gramos, anote [0.4|5|0]. Si pesó 1 lb 500 gramos anote [1|3|0]. No registre con otra unidad de medida (libras = 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 clasificó como embarazo complicado (cuando 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 o el cordón se refiere a una piel peluda, amagada, con abrasión o descamación superficial que al tocarla se separa.
- 7.2. **¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Especificar la causa principal de la muerte y/o causas por causas múltiples a por causas de otras (especificar en la descripción).
- 8. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la expulsión o extracción, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 (ejemplo: 10:00 a las 4 de la tarde con 5 minutos antes: 1|9|0|0).
- 9. **SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especificar el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esto ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el número 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.** Especificar 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, partner al y/o sexual).
- 14. **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 región. Sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta se atribuye a la causa respectiva o al producto. Debe anotarse el nombre de las causas con el código de la causa y el código de la causa.
  - PARTE I.** En la línea a) escriba la descripción 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 causas anatómicas en orden cronológico (de menor origen a la causa cronológica en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda "debe" o "y" 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 alguna causa sea un síndrome significativo atribuido a la madre/gestante o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas cronológicas en la PARTE I, ejemplar:
 

II. Causas que contribuyeron a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas cronológicas en la PARTE I. (Ejemplar de causa contribuyente)		Región y código de causa		Código-CIE
Región	Código de causa	SI	NO	
Causas de la madre o gestante	Demencia intraventricular Especificar la causa de la demencia	1	0	06
	Alzheimer intraventricular Especificar la causa de la demencia	1	0	06
	Insuficiencia placentaria Especificar la causa de la demencia	1	0	06
	Hipertensión gestacional	1	0	06
otro	Tabaquismo	1	0	06

- 22. **¿SE RECONOCIÓ COMO APROPIACIONADO?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como apropiacionado.
- 23. **¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
- 24. **¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como una lengua o acento del español.
- 25. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Si ésta corresponde a un país extranjero o México, anote en el espacio de "Lugar de nacimiento" el nombre de país.
- 26. **ESCLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante y en 26.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no obtuvo la escolaridad marcada, marque "Ninguna".
- 27. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación o negocio, ejemplar: desastre, investigador, etc. En 27.1 marque la opción "SI" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o librería en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedica a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, artista, etc.
- 32. **AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la (el) informante manifieste que la madre o gestante no ha usado servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción cuando la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que éste genere correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
- 34. **EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, ¿TUVO HIJOS/OS (NÚMERO).** Anote el número de hijos que nacieron de la madre o gestante, independientemente de que a la fecha estén vivos o no; 34.1 cuántos/hijos hayan nacido muertos; 34.2 cuántos/hijos hayan nacido vivos; y 34.3 cuántos/hijos sobrevivieron.
- 35. **¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Marque con una "X" si la madre o gestante vivía antes de la expedición de este Certificado, en caso de haber fallecido en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 35-1. **DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que la (lo) identifique. La firma de la (del) certificador(a) 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 certificador(a) médico(a) es obligatorio anotar el número de su título profesional.
- 42. **FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición de Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

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

### ANEXO 2. REPRESENTACIÓN IMPRESA DE LA VERSIÓN ELECTRÓNICA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE DEFUNCIÓN

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

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



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE MUERTE FETAL

**Nombre de la madre o gestante**

[Redacted field for name of mother or pregnant woman]

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

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

**Sexo de la madre  
o gestante**

[Redacted field for date of birth]

[Redacted field for birth entity]

[Redacted field for sex]

**CURP de la madre o gestante**

**Fecha de certificación**

[Redacted field for CURP]

[Redacted field for certification date]

**Folio**

**Fecha de expulsión**

**Semanas de gestación**

[Redacted field for folio]

[Redacted field for date of expulsion]

[Redacted field for weeks of gestation]

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

[Redacted field for electronic signature]

**Sello electrónico de la Secretaría de Salud**

[Redacted field for health secretariat seal]

**Sello electrónico de la Unidad Médica**

[Redacted field for medical unit seal]

**Cadena original**

[Redacted field for original chain]

Código  
QR

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

