DOF: 26/12/2017

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.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, 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, 107, 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, así como 6 y 7, fracción XVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

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 natalidad y mortalidad, entre otras, a fin de integrarlas al proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud 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 392, de la Ley General de Salud y 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 con base en las disposiciones antes señaladas, 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 fue modificado por los diversos publicados en el mencionado medio de difusión oficial, los días 29 de diciembre de 2011 y 6 de febrero de 2015;

Que el punto 12.2.11, de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud, señala 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 la cual, quinquenalmente, de conformidad con las necesidades del Sistema Nacional de Salud y disposiciones jurídicas aplicables, determina sus modificaciones y actualizaciones, y

Que en la cuarta reunión ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud, celebrada el 17 de agosto de 2017, se aprobó modificar el modelo del Certificado de Defunción, con la finalidad de incorporar, en sus versiones impresa y electrónica, la variable 8.3 denominada "Peso", tratándose de defunciones de menores de 28 días, toda vez que dicha información resulta indispensable para el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

ÚNICO. Se dan a conocer los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados por la Secretaría de Salud, mismos que se anexan al presente Acuerdo como Anexo Único, para su observancia general.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal que se contienen en el Anexo Único del presente Acuerdo, sustituyen en alcance y contenido a los comprendidos en el Anexo del "Acuerdo que modifica el diverso 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 y da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1o. de enero de 2012", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

TERCERO. El presente Acuerdo deja sin efectos el diverso por el que se dan a conocer los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados por la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de marzo de 2017.

Dado en la Ciudad de México, a los 15 días del mes de diciembre de 2017.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles**.- Rúbrica.

ANEXO DEL ACUERDO QUE MODIFICA EL ANEXO POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LOS FORMATOS DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 30 DE ENERO DE 2009.



- INSTRUCCIONES GENERALES:

 Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no hoya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaria de Salud.

 De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas
- después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.

 Para el lienado de este Certificado auxiliese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los
- documentos correspondientes. Si la defunción ocumó en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar...) la información.

 Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarios al Registro Civil para obtener el Acta de
- Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se explidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir
- la tercera copia a la Secretaria de Salud en un periodo no mayor a 10 dias habiles posteriores a la expedición.

 Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con màquina de escribi. No use abreviaturas.

 Escriba sobre una superficie pluna y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la utilima copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un digito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote | 0_8 | 0_3 | 2_0_1_6|. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: [9,9]9,9[2,0,1,0],

 Marque con una "X" el circulo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconocica la información y después
- de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Des agosta volos los recursos para oberena.

 Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.

 Para los domicilios anote: Tipo de visitidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Disgonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Epido, Rancheria, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".

 Para más defalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defuncion y Muerte Fetal.

 Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1, NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién cido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellid o y el segundo apellido de la madre
- 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el tallecido. Si este nació en el extraniero, anote el nombre del país en el cio para la "Entidad federativa
- 6. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indigena, ya sea como única lengua o femás del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indigena o habla alguna lengua indigena, en caso afirmativo
- EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumpilida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacios. Cuando la edad cumpilida sea desco nocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumpidos [9] 9] 9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.

 Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Foto del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
- 2. Anote las semanas de gestación y
 3. Anote el peso en gramos.
 ESTADO CONYUGAL. Situación de el(ta) tallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la
- unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso
- 10. RESIDENCIA HABITUAL. Ánote la dirección completa de la vivienda donde residia habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, ite en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 11. ESCOLARIDAD. Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de eltia) fallecido(a)
- y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".

 12. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Si" cuando el(la) falfecido(a) contata con un trabajo o laboraba en un negocio familia r o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) falfecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijo s, a estudiar, jubiliado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.

 13, AFILIACIÓN A LÓS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse
- cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afilia ción a servicios de salud.

 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN. Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre
- de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).

 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. 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 la defunción ocumió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1] 7 0 9 L
- SE PRACTICÓ NECROPSIA. Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
 CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN. Anote una sola causa en cada rengión, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de
- la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador" .

PARTE I: En la linea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las lineas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes **en orden cronológico** que dieron origen a la causa anotada en la linea a). Como ayuda debajo de las lineas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la linea superior, se debe o es consecuencia

de la que vaya a registrar debajo de ella.

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

PARTI Debended before a relate property of the	puda 2 dina
Common proceedings (Cannon removal, p. Cannon removal, p. Cannon removal, p. Cannon removal removal Control of the canno correspond of the canno correspond of the canno correspond of the cannon correspond of the can	
MATTY And paradigram significations are contributions as to make any or equipment contribution to a prompt matter any or prompt	exterial 5 ahos

- 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la
- 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21 2 y 21 3.

 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo
 - a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible. 22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. <u>La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.</u>
- 22.3. São donde ocumó la lesión. Especínque la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedio la defunción.

 22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- 22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio , ejemplo: caida de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
- 22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, específique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio" conocido" en su caso use referencias.
- 25-29. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la op. ción 4 "Personas autorizadas por la Secretaria de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).

 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ARREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número. REG: Registro.

	SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO 18000001
LES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL PALLEDBO(A) Nombre(s) Nombre
DE SUJETOS OSLICADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES E. DE LA DEFUNCIÓN	A SETTION DE SALUED 14. SITIO DONDE SUCCIDIÓ LA DEFUNCIÓN Scorotates de
MURTIES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22.7.5 Nim, Edwird 22.7.4 Nom. Interior 22.7.5 Tipo de seantemiento humano 22.7.6 Nombre del seantemiento humano
H. H.	22.7.7 Código Postal 22.7.6 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Endad federative 23. NOMBRE 24. PARENTERCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
DEL CERTIFICANTE DEL	Primer Apellido Segundo Apellido Segundo Apellido 28. SI EL GERTIFICANTE ES MÉDICO
DEL REG.	29.5 Municipio o delegación 29.10 Endade fecensive 29.11 Teléfone 29.11 Tel

- INSTRUCCIONES GENERALES:

 Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaria de Salud.

 De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.

 Para el lienado de este Certificado auxiliese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los
- documentos correspondientes. Si la defunción ocumó en una unidad médica recuma al expediente clínico para ottener (o cotejer...) la información.

 Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de
- Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente respuertarse en el expediente clínico del fallocido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaria de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.

- sa tercera copia a la secretaria de salud en un periodo no mayor a 10 dias nabiles posteriores a la expedicion.

 Escriba con intala negria o azul (no utilice pluma de gell), usando letra de moldo, clara y legible o con màquina de escribi r. No use abreviaturas.

 Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda feer 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: ciún, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un digito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote [0,5]0,3]2,9,1,6]. Registro incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce
- el año del nacimiento (2010), anote: [9,9]9,9]2,0,1,0].

 Marque con una "X" el circulo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Pera las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
 Pera las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
 Pera las domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 900) e interior si aplica (21, 2A, 65), Tipo de asentamiento humano (ej. Colla, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancheria, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defuncion y Muerte Fetal
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1, NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo, tal cual aperece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién
- nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellid o y el segundo apellido de la madre.

 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- 6. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indigena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indigena o habla alguna lengua indigena, en caso afirmativo.
- 8. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacios. Cuando la edad cumplida sea desco nocida, pero al menos se conoce que el/la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9]9]9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.

 Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
- 2 Anote las semanas de gestación y
 3 Anote el peso en gramos.
 ESTADO CONYUGAL. Situación de elital fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la
- unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será venticado su estado conyugal. En caso ontrario seleccione "Soltero(a)".
- 10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residia habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país difer le en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 11. ESCOLARIDAD. Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 merque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familia r o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a
- quehaceres del hogar o cuidados de los hijo s, a estudiar, jubilidado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.

 13. AFILIACIÓN A LÓS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse ando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afilia ción a servicios de salud.
- 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN. Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre
- de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).

 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. 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 la
- defunción ocumó a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1] 7/0 [9].

 18. SE PRACTICÓ NECROPSIA. Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).

 19. CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN. Anote una sola causa en cada rengión, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador"

PARTE I: En la linea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las lineas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la linea a). Como ayuda debajo de las lineas a), b) y c) se indica la layenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la linea superior, se debe o es consecuencia

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

20. CAUSAS DE LA OFFUNCIÓN	(Anota una sola causa en cada rangior. Evita señasar stopos de micir «pimpio pero cardinos asilario, etc.)	Francis speciment	Unit and along the
PARTE I Entermelas, locales contains publication que produje la muerte dissolaremente al	Peritonitis agoda	2 dias	Código CIR
Counces anti-conduction Education scottopous, si sensitions alignoss, quin produgiment in counce concerprada artificia, manufacciardama en idilizza fugar la rasana fallora.	Petro su como companso de Petro Constituto de la displacación de la di	4 dias 3 años	L
PARTE II Other relative policity/con experiments que continue/con to reserve, però so relacionator con is enformeded o estate motivos que suprodujo motivos que suprodujo	Mipertensión arterial	5 años	

- 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la
- 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo
 - a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible. 22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. <u>La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.</u>

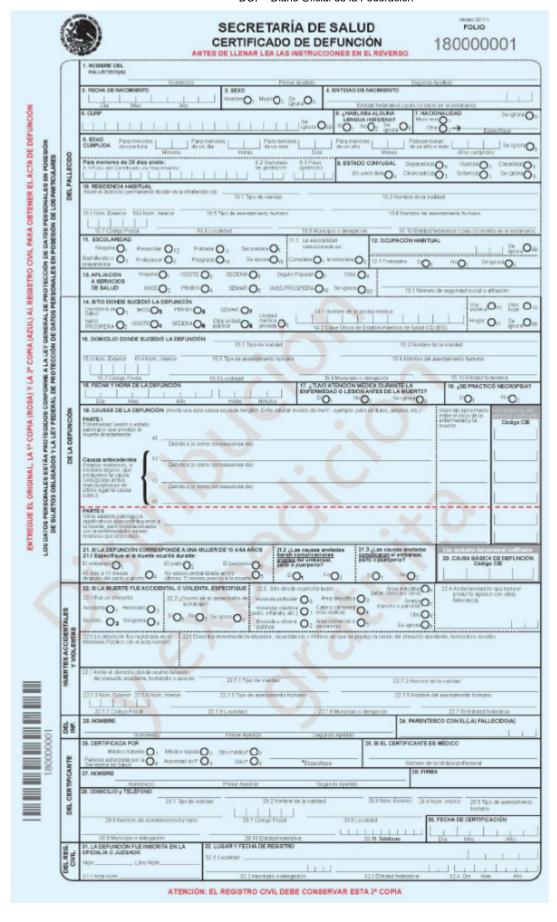
 - 22.3. São donde ocumó la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
 22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- 22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio , ejemplo: calda de la escalera
- de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.

 22.7. Anote el domicilio donde ocumió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocumido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- 25-29, DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la op. ción 4 "Personas autorizadas por la Secretaria de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).

 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el dia, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

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



INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debé ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no
 haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaria de Salud.
 De acuerdo a la NGM-05-58A3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 43 horas
- después de la défunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique .

 Para el lienado de este Certificado auxiliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los
- documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtaner (o cotejar.) la información.

 Usene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de
- Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir
- posteriormente resquardarse en el expediente cinno del talectio. Si el Certificado se expedio fuera de una unidad medica, el certificado se expedición.

 Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribi r. No use abreviaturas.

 Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, veriflique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arátigos (1,1,2,...,9).

 En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un digito, ejemplo, para 5 de marzo de
- 2016 anote [0.5 | 0.3 | 2.0.1.6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce
- el año del nacimiento (2010), anoto: [9,9]9,9]2.0;1.0].

 Marque con una "X" el circulo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
 Para los domicilios anote: Tipo de visilidad (el. Calle, Avenida, Cammo, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm.
 Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancheria, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Município o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".

 Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defuncion y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién acido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellid o y el segundo apellido de la madre
- 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el
- 6. ¿HABLÁBA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indigena, ya sea como única lengua o más del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indigena o habla alguna lengua indigena, en caso afirmativo
- 8. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumplida y liene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacios. Cuando la edad cumplida sea desco nocida, pero al menos se conoce que el/ja) fallecido(a) vivió ANCS, MESES, DIAS, etc., liene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9] 9] 9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.

 Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
- 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramas.

 9. ESTADO CONYUGAL. Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la
- unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de heche y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso ntrario seleccione "Soltero(a)".
- 10. RESIDENCIA HABITUAL. Ánote la dirección completa de la vivienda donde residia habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, e en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 11. ESCOLARIDAD. Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a)
- y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".

 12. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la coupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Si" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familia r o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a
- quehaceres del hogar o cuidados de los hijo s, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.

 13. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse uando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenia afilia ción a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN. Especifique el lugar donde sucedó la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DÉ LA DEFUNCIÓN. Anote la hora de la ocumencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocumió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1] 7[0]9].
- SE PRACTICÓ NECROPSIA. Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
 CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN. Anote una sola causa en cada rengión, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de
- la defunción. Dele en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la linea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las lineas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la linea a). Como ayuda debajo de las lineas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la linea superior, se debe o es consecuencia

de la que vaya a registrar debajo de ella.

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

ER, CAUSAS DE LA DEPUNCIÓN PARTE I CINEMACOS, INICO-O HISCO ERICADO QUE LEPONES DE PUNCIÓN DESCRIPTOR DE	Peritonitis aguda	Harque investments entered hair de la enteredad y la munita 2 dias	Challen Colf
Causas antecedentes Initiation restriction of entitions algoric, per produption to stores consequents settin, mentional videos en official agents cause based	Debits is towns consequent to its consequent to	4 dias 3 años	
PARTIE II Otros sessoros pubológicos seguificadores que contribuyenos a la maeria, para so selectronestes con la contribuyenos a la maeria, para so selectronestes con la contribución a selectroneste medicano a sea la contribuir.	Hipertensión arterial	5 años	

- 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la
- 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.

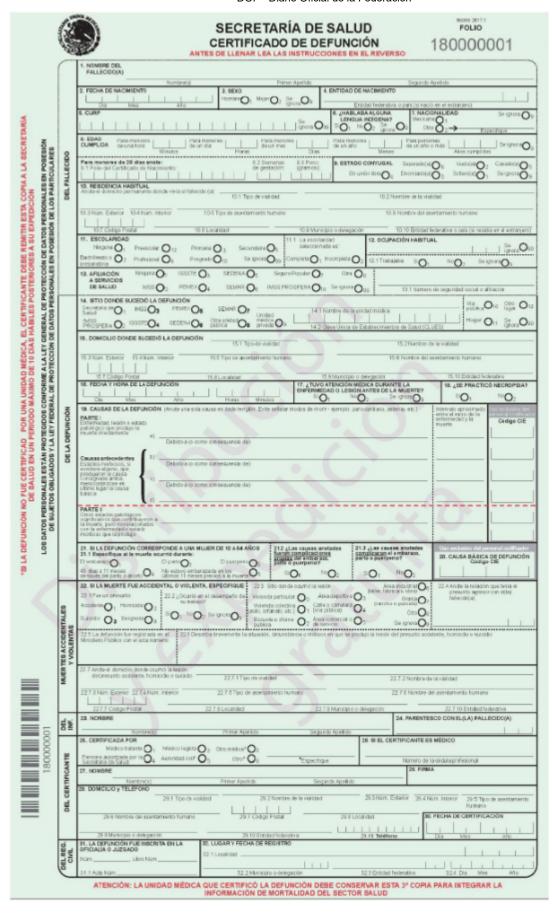
 22 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo

de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio" conocido" en su caso use referencias

- Sa LA Moder E preguntas de este apartado con base a la información disponible.
 Figura de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
 Figura de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
 Figura de la presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
 Figura de la relación que tenia el presunto agresor con el(a) fallecido(a). Si la mueste es un presunto homicido, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- 22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caida de la escalera
- de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida. 22.7. Anote el domicilio donde ocumó la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocumido en la carretera, especifique además del nombre
- 25-29. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la op ción 4 "Personas autorizadas por la Secretaria de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de
- carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias). 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN, Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante NÚM: Número, REG: Registro.



INSTRUCCIONES GENERALES:

- lico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaria de Salud.

 De acuerdo a la NOM 435-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas
- después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique .

 Para el llenado de este Certificado auxiliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar...) la información
- Liene en original y tres copias, entregue a los tamiliares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarios al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y nente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaria de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.

 - Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribi r. No use abreviaturas.

 - Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un digito, ejemplo: para 5 de marzo de
- 2016 anote [0.5 | 0.3 | 2.0 | 1.6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 9,99,920,10
- Marque con una "X" el circulo de "Se ignora" o llene los especios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
 Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm.
 Exterior (ej. 990) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancheria, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Município o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".

 Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defuncion y Muerte Fetal
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE ELILA) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellid o y el segundo apellido de la madre.

 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el
- ra la "Entidad fo
- 6. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o más del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indigena o había alguna lengua indigena, en caso afirmativo
- 8. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacios. Cuando la edad cumplida sea desco nocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote
- en el lugar para años cumplidos [9]9]9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.

 Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
- 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
 9. ESTADO CONYUGAL. Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la nión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será venticado su estado conyugal. En caso
- 10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residia habitualmente elita) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México. cio de "Entidad federativa" el nombre.
- 11. ESCOLARIDAD. Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".

 12. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Si" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un
- abajo o laboraba en un negocio familia i o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a
- quehaceres del hogar o cuidados de los hijo s, a estudiar, jubilidad(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.

 13. AFILIACIÓN A LÓS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que estaba afliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía aflia ción a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION. Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. 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 la

- 16. PECRA Y MORA DE LA DEPUNCIÓN. RIDITE SI INVA DE LA DEFUNCIÓN. RIDITE SI INVA DE LA DEFUNCIÓN. RIDITE SI INVA DE LA DEFUNCIÓN. RIDITE SI RIDITE la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la linea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las lineas b), c) y d) debe registrar las entermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la tinea a). Como ayuda debajo de las lineas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la linea superior, se debe o es consecuencia

de la que vaya a registrar debajo de ella.

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

20. CAUGAIS DE LA DEPUNCIÓN MARTIE : Extremolar, inside o existio policipios que presigir la policipio des presigir la procesió dissidentesia.	(Account the same or only regard, first soldier motor by mark queryo, our serbics, when, etc.) Persistonitis aguda	throughproposets arranged to a commontate to the common to	Cédigo CIII
Element arthropologistics (finische modologis, si seitliche modologis, si seitliche signification des prodigamona seitliche, modologistiches en üllens legar lo neues bleinte.	Petro so reno companio de Petro Concilión de La doudeno Didino la para companio de Dicerca de Doudeno Didente la para companio de Dicerca de Doudeno La do	4 dias 3 años	L
PARTE E Divis relation patricipios algoritations que intribuyente a la recurso pero no relationadas sonte artismada o soluto enodos relationados enodos que la produja	Hipertensión arterial	5 años	

- 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la
- 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.

 - 22.1. Fue un presunto. No embla in responsata. La opción seleccionada, denda una presunción no una afirmación.
 22.3. Sido donde ocumó la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sido donde suscedió la defunción.
 22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicido, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposa(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anota "hinguno".
 - 22.6. Describa bravemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión, del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo, caida de la escalena de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
 - 22.7. Anote el domicilio donde ocumó la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio" conocido" en su caso use referencias
- 25-29. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la op ción 4 "Personas autorizadas por la Secretaria de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de
- carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias). 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN, Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS
CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadistica Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número, REG: Registro

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

FOLIO

(LLÉNESE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

171000001

		1. SEXO 2. EDAD GESTACK	2. PESO	A LAS INSTRUCCIONES EN 4 DE UN EMBARAZO Espontánico () Reproduces	5.4	VTENCIÓN PRENATAL	5.2 Total de consultas
		HorebreO₁ MujerO₂ Se ignoreOg		4.1 El embarazo fue:	_	SIO1 NoO2 SeignoreOp	recibidas
4		Semir ESTE EMBARAZO PUE 7. LA MUERTE PETAL CO		Unico O₁ Gernellar O₂ T la per del producto 7.2 ¿Se practicó ne			NO EXTRACCIÓN
L PERMISO DE MILUMACIÓN EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA JULARES.	ii o	Normal ◯ 1 Antes del parto ◯ 1 Complicado ◯ 2 Durante el parto ◯ 2	(Normal)O1		lo O₂	Mes Año	Hora Minutos
LIGAD	CTO DEL	9. DOMICILIO DONDE OCURRIO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Tipo de vialid		9.2 Nombre de la visidad		9.3 Núm. Exterior	9.4 Nirro, Interior
\$ 080	PRODUCTO Y DEL SUCE	9.5 Tipo de asentamento humano		9.6 Nombre del asentement	o humino		digo Postal
MAC	MZO Y	9.8 Localidad		9.9 Municipio o delegación		9.10 Evsidad fed	
DE 8	DATOS (93. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRAC Secretaria O ₁ MSGO ₃ PEVEXO ₅					icaO10 Otto O12
80 % 810 %	85		privada	70.1 Novrei	re de la unidad residio		94°O11 SanoraO20
RA OBTENER EL PERMIS S PERSONALES EN POSE DE LOS PARTICULARES		IMOS PENDA DE SESTE O 4 SECENA O 6 DES 11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN	gnidadOs	10.2 Clave Unica de Est			ya o qua o
R EL					1000	ovocodoO ₂ Terapeutoo	O2 Se filosoaOb
O CIVIL, PARA OBTENER ED DE DATOS PERSONALES OSESIÓN DE LOS PARTIC		Parto vaginal esponsáneo O ₅ Cesárea O ₁		14. VIOLENCIA 14.1 ¿La reverte fetal fue or un actis de viorencia fo	onsecuencia de	2 ¿Anote la relación que ten con la madre?	e of presunto agresor
S PER		Oto* O4 *Especifique 15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS O	ONGÉNITOS DEL PRO	— SO₁ №O₂	Se ignora 🔾 n 📜	00080	GE
MAL PA		a)					Uso exclusivo del personal codificador
NO CI N DE		16. CAUSAS DE LANUERTE FETAL. (Avois una sola c	susa en cada rengión. E comunicación matemo-1	vile se faliar modos de morir -ejempio, pe	aro carciaco, asteria,	Especifique si la	Uso and also del
RECISTRO CIVIL TECCIÓN DE DA LLES EN POSESI	FETA	PARTE I Condición fetal o materna	comunication material-	era, ev.)		MATERNA PETA	_
PROTI	MUERTE PETAL	que causó directamente (a) Debido a (o como o	insecuencia de)			" Or O	2
AZUL PERS	≤	Condiciones fetales o maternas que originaron b) Debido a (o como o	reser servis del	\	(0 O	2
OPTA SNER	CAUSAS DE	mencionándose en último lugar la causa			10	1± O1 O	2
A2°C	NAUS.	Beliebe a (orderno d	ersen semilia de)			14 O1 O	2
A LA	ľ	PARTE II Onto estados parológicos				"' O ₁ O	
A/ROS		significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermadad		0,		4676	
LA 1º COPIA (ROSA) Y DOS CONFORME A LA DERAL DE PROTICCO		a estado montoso que lo produje	uruo del nerrona	Lead code Archies of ea	CA DE DEFUNCIÓN	-: 0.10	2
P A J	\vdash	15. NOWERE	usivo del persona	3,5,5,5,5			
3 2 2							
1 E		Pi(mine(s))		Printer Apolitika		eyundi Ayerikir LIDAD	Su inner O
AN PROTE		99. CURP		Primer Apellilia	20. NACIONA Mexicana (UBAD O1	Se ignora Og
GUE EL ORIGINA 28 ESTÁN PROTE LEY	E	19. CURP 31. ¿HAGLA ALGUMA LENGUA INDÍGENA? 22. EDA		Se ignora O	20. NACIONA Mexicana (00% (UIBAD O1 O2 → 61	pecfique
ENTREGUE EL ORIGINA ONALES ESTÁN PROTE LEY	MADRE	99. CURP	En unión li	Se ignore O	20. NACIONA Mexicana (00% (UIBAD O1 O2 → 61	pecfique
ENTREGUE EL ORIGINAL, PERSONALES ESTÁN PROTEG	JE LA MADRE	93. CURP 31. CHAGLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SIO1 NOO2 Sa (prota)	En unión li	Se ignore O	20. NACIONA Mexicana (00% (LIDAO O1 O2 → En	pecfique
ENTREGUE EL ORGINA ATOS PERSONALES ESTÁN PROTE LEY	15	93. CURP 31. CHAGLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SIO NOO 2 Sa ignora 3 34. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicilo y felifico	En unión li	Se ignora O O CONYUNAL Dero 4 Separada 6 Diverciadi iarnacie	20. NACIONA Mexicana 000 000 000 000	UDAO O1 O2 → Si SollaraO1 CasadaC	pecifique) ₅ Se ignora () ₉
ENTREGUE EL ORGINA LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTE LEY	DATOS DE LA MADRE	93. ¿HAGLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? 22. EDA SIÓN NOO 2 Se ignora 3 24. RESIDENCIA HABITUAL Ancie el donicilo y Médico 24.1 Tipo de visidad	En unión li	Se Ignore O; D COMYUGAL, Separada O 6 Directed: 1a macre 24.2 Nombre de la vielidad 24.0 Nombre del ascentamo 24.10 Endad Nobre	20. NACIONA Minicana Otra Otra Otra onto humano fiva o sals (si reside	Solemo 1 Canado 24 3 Núm. Exm	pecifique) 5 Se ignora () 9 rior 24.4 Nim. Interior
Entregue el orginal, la 1º cora (rosa) y la 2º cora (azul) al registro civil pa Los datos personales están protegidos conforme a la ley general de protección de datos Ley federal de protección de datos presonales en posesión	15	93. CURP 91CHAGLA ALGUNA LENGUA INDISCNA? 91NO_2 So gnova_3 924. RESIDENCIA HABITUAL, Anche el domicillo y MMCDo. 24. 1 Tipo de validad 24. 5 Tipo de ascretamiento humano 94.8 Localidad 95. ESCOLARIDAD Ningura O1 Pressocial O12 Pistrario O	En unión la permanente Sonde vive 24.9 Municipio o de 3 Secundaria O 5	Se Ignore O COMMUNAL, Deparada Expansión 24.2 Nombre de la validad 24.0 Nombre del gentame 24.10 Emidad Nobre 15.1. La escolaridad seleccionada es	20. NACIDAR Services of Orac Services of	Solaria Canada C	pecifique) 5 Se ignore Q 6 stor 24.4 Nüm. Interior 14.7 Codigo Postal 4 11 Talérono Se gnoca Q 69
ENTREGUE EL OPGINA LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTE LEY	15	93. CURP 31. CHAGLA ALGUNA LENGUA INDICE MA7 5() NO 2 So ignora 3 34. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicilo y Mileton 24. 5 Tipo de violidad 24. 5 Tipo de asentamiento humano 24. 5 Localidad 25. ESCOLARIDAD Ningura 3 Pisescolar 3 Pismaria C Bochillera o 0 7 Profesiona 0 8 Pocagnado C propose salaria	En unión la permanente Sonde vive 24.9 Municipio o de 3 Secundaria O 5	Se ignore Di communati, pre 4 Separada 6 Dinorciadi arractie 24.2 Nombre de la vielidad 24.8 Nombre del asentamie 25.1 Lin escoloridad celeccionada es Completa 6 necompleta 2	20. NACIDNA Mexicana for Otra	Sollars O ₁ Cenado C 2d 3 Nors. Exc and extragero 2 HABITUAL	pecifique) ₅ Se ignora () ₉ elsor 24.4 Nam Interior M.7 Código Poetal d.18 Teléfino graca () ₉₉
ENTREGUE EL ORGINA LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTE LEY	15	93. CHRP 31. CHARLA ALGUNA LENGUA WOKE MA? 22. EDA 51. No. 2 Se sporce 3 24. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicilo y Meleos 24. 1 Tipo de violidad 24. 5 Tipo de ascritamiento humano 25. ESCOLABIDAD Ninguna 0 7 Profesional 0 8 Progrado 0 proportatoria 27. AFILICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 0 1 RESTELO 3 SEDENA 0 5	Enumente Sonde vive 24.9 Municipio o dei 3. Secundaria O ₅ 5. Seignora O ₆₀ Seguro Popular (Se ignore O O COMMUNAL Se ignore O Experied O Expe	20. NACIDNA Mexicana Osra Osra Visida 2 Mexicana Osra Mexic	Softens 1 Ceased 24 3 Norn. Ere en et extrangen) 2 HABITUAL Alternation 3 IQ 1 Nete	pecifique 35 Se ignora Q 9 10.7 Codigo Postal 4 11 Taleiron 4 12 Taleiron 2.2 Se ignora Q 9 2.2 Se ignora Q 9 2.3 Netro De Sewara Azos 4 Postal Se ignora Q 9
ENTREGUE EL ORGINA LOS DATOS PERSONALES ESTÂN PROTE	15	93. CURP 31. CHAGLA ALGUNA LENGUA INDICE MA? 22. EDA 23. RESIDENCIA HABITUAL, Anche el donicilo y Militore 24.5 Tipo de violidad 24.5 Tipo de ascriamiento l'auroano 24.5 Localidad 25. ESCOLARIDAD Ninguna () Pinescolar () Pintaria () Bochilerato () Pintesona () Pintaria () 17. APILLOCIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna () ISSTE () SEDENA () 1MSS () PELAS () SEDENA () 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORIES A ÉSTE, TUV	24.9 Maniopo o de 3 Secundaria O S Seguro Popelar (IMSS PROSPERA (D ROMERO DE HJJOS.)	Se Ignora Di commusaut, Di commusaut, Di commusaut, Di commusaut 24.2 Nombre de la vialidad 24.0 Nombre del ascritanio 24.0 Nombre del ascritanio 25.1 Lin escolaridad celeccionada et Completa D: Compl	20. NACIONA Medicana Cora (Cora (Co	Solars 0 1 Canada 0 2d 3 Núrs. Exc an el extrargero 2 HABITUAL 20.1 En caso negativo, escot	pecifique) 5 Se ignora 0 9 10.7 Codigo Postal 4 11 Telefono 9 Se ignora 0 19 2 Se ignora 0 10 Se ignora 0 10 Se ignora 0 10 Se ignora 0 100
ENTREGUE EL ORGINA LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTE	15	93. CURP 91. CHARLA ALGUNA LENGUA INDISC NA? 91. CHARLA ALGUNA LENGUA INDISC NA? 92. Expression of the process of the proce	24.9 Manicipio o de 24.9 Manicipio o de 3 Secundaria O ₅ 50 Seignos O ₆₀ Seguro Popular (DI NÚMERO DE HJJOS.) 29 39 3 Sobrenirenia	Se Ignore O O COMYUGAL Pre C Separada 6 Dinorciad Iarractre 24.2 Nombre de la visidad 24.6 Nombre del asteriame 25.1 La escolaridad deleccionada es Completa O 1 Nombre del 27.1 N Completa O 2 Nombre del 38.1 N Completa O 3 Nombre del 38.1 N Completa O 3 Nombre del 38.1 N Completa O 3 Nombre del 38.1 N ABI 27.1 N ABI 27.1 N ABI 27.1 N 27.1 N	20. NACIONA Medicana Cora (Cora (Co	Soleme 1 Canada 24 3 Núm. Exe en el extrargero 2 AAGITUAL.	pecifique) 5 Se ignora 0 9 10.7 Codigo Postal 4 11 Telefono 9 Se ignora 0 19 2 Se ignora 0 10 Se ignora 0 10 Se ignora 0 10 Se ignora 0 100
=	DATOS DE LA	93. CURP 31. CHARGA ALGUNA LENGUA INDIGENA? 24. No 0 2 Se ignora 3 34. RESIDENCIA HABITUAL Ancie el donicilo y Meleco 24. 1 Tipo de violidad 24. 5 Tipo de ascertamiento humano 25. ESCOLARIDAD Ningura 0 Prosección 012 Picagrado C proparatoria 27. APILLOCÓMA SERVICIOS DE SALUO Ningura 1 ISSSTE 0 SEDENA 05 IMOS 2 PEREZIO 4 SEMATO 02 39. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORIES A ÉSTE, TUV 21. TI NOMERIE (165) Se ignora 0 22. Nicoldos Vivins (sa) Se ignora 0 31. NOMERIE	24.9 Manicipio o de 24.9 Manicipio o de 3 Secundaria O _S 50 Sei genosi O _{SS} Seguro Populari DI NÚMERO DE HAJOS: 29 30 Sobrevi riento	Se ignora O COMPUSAL, De Caracter 24 2 Nombre de la veiridad 24.0 Nombre de la veiridad 24.0 Nombre de la veiridad 25.0 Nombre del acertame 25.1 La escolaridad seleccionneda et Completa Se ignora D: Se ignora 90 20 21 Nombre 27.1 Nombre 28.0 Nombre 29.2 Nombr	20. NACIONA Medicana Cora (Cora (Co	Solars 0 1 Canada 0 2d 3 Núrs. Exc an el extrargero 2 HABITUAL 20.1 En caso negativo, escot	pecifique) 5 Se ignora Q 9 stor 24.4 Nim. Interior 15.7 Codigo Prostal 14.11 Talafrono 15.0 Se ignora Q 19 JERNO DE EMBARAZOS 109 15.0 Ignora Q 19 16.0 Igno
=	15	93. CHARGLA ALGUNA LENGUA INDICE MA? 22. EDA SIO 1 NOO2 So ignora 3 34. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicilo y Militori 24.5 Tipo de violidad 25. ESCOLARIDAD Ningura 31. Proescolar 32. Proravia C Socializado O 7 Profesional 9 Progrado C proparatoria 27. AFILLACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ningura 1 ISSTE 3 SEDENA 5 IMSS 2 PENACS 4 SEMAR 6 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUV 29. 1 Naciolas Militario (as) 50 ignora 3 21 Naciolas Vinas (as) 50 ignora 3 22 Naciolas Vinas (as) 50 ignora 3 23 CENTIFICADA Egn	24.0 Manicipio o del 3 Secundaria O _S 90 Seignosi O _S 90 Seignosi O _S 90 Seignosi O _S 90 Seignosi O _S 90 NOMERIO DE HAJOS - 90 Primer Apolido	Se ignore O COMPUSAL. De Caracter 24 2 Nombre de la veridad 24.0 Nombre del acerdamie 24.10 Endada Nobre 25.1 La escolaridad seleccioneda et Completa The Se ignore Se ignore	20. NACIONA Medicana Cora (C	Softens 1 Canada	pecifique) 5 Se ignora Q 6 stor 24.4 Nam. Interior 14.7 Codigo Postal 4.11 Taleinno 2.2 Se ignora Q 6 15.2 Se ignora Q 6 15.2 Se ignora Q 6 2.3 Se ignora Q 6 2.4 Se ignora Q 6 2.5 Se ignora Q
=	DATOS DE LA	93. CHARGLA ALGUNA LENGUA INDICE NA? 22. EDA SIO 1 NO 2 Se ignora 9 34. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicito y Miletos 24. 5 Tipo de visilidad 24. 5 Tipo de visilidad 24. 5 Tipo de ascritamiento hamano 24. 5 Localidad 35. ESCOLABIDAD Ninguna 0 Presesceia 12 Presurio Bodillerato 0 7 Profesional 0 Progrado 0 propunstorio 13. ISSSTEO 3 SEDEMAO 5 IMSSO 2 PEMEXO 4 SEMAR 6. 37. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 0 1 ISSSTEO 3 SEDEMAO 5 IMSSO 2 PEMEXO 4 SEMAR 6. 29. CHARGO SEMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE. TUV 29. TIN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE. TUV 29. TIN NOMERIE Noméro (s) Persona autorizado por 1 Persona Pers	24.0 Manicipio o de 24.0 Manicipio o de 3 Secundaria O 60 Sei gnora O 60 Sei gnora O 60 Propular (O NÚMERO DE HJOS. 20 3 Sobreviviento 60 Primer Apolido	Se ignore O COMMUNAL, Deparada Se parada Se Directada 24.2 Nombre de la validad 24.9 Nombre de la validad 24.0 Nombre del asentamie 25.1 La escolaridad seleccionesia et Completa Se ignore Se ignore	20. NACIONA Medicana Medicana Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cos	Sollars 1 Casado 2d 3 Núm. Exe 2d 3 Núm. Exe an el estrargero) 2 HABITUAL 20.1 En caso negativo, enerti Curifficado de Defansión RENTESCO CON EL PROPI	pacifique) 5 Se ignora
=	DEL DATOS DE LA	93. CHARGA ALGUNA LENGUA WORKERA? 22. EDA SIQ 1 NO 2 Se ignora 3 24. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicilo y Médico 24.5 Tipo de visitidad 26.5 Tipo de ascertamiento humano 24.5 Localidad 25. ESCOLARIDAD Noguna 1 Profesional 12 Pistrario Bochillerato o 0 Profesional 12 Pistrario Bochillerato 0 Profesional Security IMESIO 2 PENEXO 4 SEMARIO 6 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUV 31. NOMBRIS Nombresio 31. NOMBRIS 32. CERTIFICADA FOR Norderio 10 Circo médico 10 Porsona substació por 10 Porsona substació por 10 Porsona substació por 11 Porsona substació	24.9 Municipio o de 24.9 Municipio o de 3 Secundario O ₅ Se ignora O ₆₀ Seguro Popular (INSS PROSPERA) QUE 29.3 Sobretiviento de HAJOS. 29.3 Sobretiviento de Majos Autoridad distri	Se ignore O COMMUNAL, Deparada Se parada Se Directada 24.2 Nombre de la veidada 24.0 Nombre de la veidada 24.0 Nombre del asentamie 25.1 La escolaridad seleccionesda et Completa Se ignore Se ignore	20. NACIONA Medicana Medicana Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cos	Sollars 1 Casado 24 3 Nors. Exe 25 Nors. Exe	pecifique) 5 Se ignora 0 9 10.7 Codigo Postal 4 11 Telefron 10.7 Codigo Postal 4 11 Telefron 10.7 Se ignora 0 19 10.7 Se ignora 0 10 10.7 Se ignora
=	DEL DATOS DE LA	93. CHARGLA ALGUNA LENGUA INDICE NA? 22. EDA SIO 1 NO 2 Se ignora 9 34. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicito y Miletos 24. 5 Tipo de visilidad 24. 5 Tipo de visilidad 24. 5 Tipo de ascritamiento hamano 24. 5 Localidad 35. ESCOLABIDAD Ninguna 0 Presesceia 12 Presurio Bodillerato 0 7 Profesional 0 Progrado 0 propunstorio 13. ISSSTEO 3 SEDEMAO 5 IMSSO 2 PEMEXO 4 SEMAR 6. 37. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 0 1 ISSSTEO 3 SEDEMAO 5 IMSSO 2 PEMEXO 4 SEMAR 6. 29. CHARGO SEMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE. TUV 29. TIN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE. TUV 29. TIN NOMERIE Noméro (s) Persona autorizado por 1 Persona Pers	24.9 Municipio o de 24.9 Municipio o de 3 Secundario O ₅ Se ignora O ₆₀ Seguro Popular (INSS PROSPERA) QUE 29.3 Sobretiviento de HAJOS. 29.3 Sobretiviento de Majos Autoridad distri	Se ignore O COMMUNAA. Deparada Exparada E	20. NACIONA Medicana Medicana Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cos	Solema 1 Ceneda 1 Cen	pecifique) 5 Se ignora 0 9 10.7 Codigo Postal 4 11 Telefron 10.7 Codigo Postal 4 11 Telefron 10.7 Se ignora 0 19 10.7 Se ignora 0 10 10.7 Se ignora
=	DEL DATOS DE LA	93. CHARGLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? 22. EDA SIO 1 NO 2 Se ignora 3 34. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicito y Mileton 24. 5 Tipo de visilidad 24. 5 Tipo de visilidad 25. ESCOLABIDAD Ninguria 0 1 Presesción 0 12 Prisuria 0 Bodiblierado 0 7 Profesionol 0 9 Progrado 0 proportatoria 19 Prisuria 0 19 Progrado 0 19 Profesionol 0 19 Progrado 0 19 Progrado 0 19 Profesionol 0 19 Progrado 0 19 Pr	24.9 Municipio o del 3 Secundario Os 50 Seignoro Ose Seignoro Ose Regimo Popular (INSIG PROSPERA (NUERO DE HIJOS (20) 20 Dimer Apolido Dimer Apolido Oso Oso Oso Oso Oso Oso Oso Oso Oso Os	Se ignore O COMMUNAL, Deparada Se parada Se Directada 24.2 Nombre de la veidada 24.0 Nombre de la veidada 24.0 Nombre del asentamie 25.1 La escolaridad seleccionesda et Completa Se ignore Se ignore	20. NACIONA Medicana Medicana Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cosa Cos	Sollars 1 Casado 24 3 Nors. Exe 25 Nors. Exe	pecifique) 5 Se ignora 0 9 10.7 Codigo Postal 4 11 Telefron 10.7 Codigo Postal 4 11 Telefron 10.7 Se ignora 0 19 10.7 Se ignora 0 10 10.7 Se ignora
	DATOS DE LA	93. CHARGA ALGUNAL ENGLIA WORKENA? 22. EDA SIQ 1 NOQ 2 Se ignora 3 24. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicilo y Miletos 24. 5 Tipo de visilidad 24. 5 Tipo de ascertamiento humano 25. ESCOLASIDAD Ninguna 1 Prosección 12 Personia Boubillerato o 7 Profesional 9 Progrado C proparationa 27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 RESITE 0 3 SEDENA 5 IMSSO 2 PEMEX 4 SEMAR 6 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUV 29. IN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUV 29. IN NOMBRE Nombrejol 35. NOMBRE Nombrejol 36. CONNICLIO	24.9 Municipio o del 3 Secundario Os 50 Seignoro Ose Seignoro Ose Regimo Popular (INSIG PROSPERA (NUERO DE HIJOS (20) 20 Dimer Apolido Dimer Apolido Oso Oso Oso Oso Oso Oso Oso Oso Oso Os	Se ignore O COMMUNAL, Departed Separada Separ	20. NACIONA Medicana Cora (Co	Solaria Canada 24 3 Nim. Em 24 3 Nim. Em 24 3 Nim. Em 24 3 Nim. Em 26 official Solaria 27 official Solaria 28 Nim. Em 29 official Solaria 29 official Solaria 20 offici	pecifique) 5 Se ignora 0 9 stor 24.4 Nam. Interior 14.7 Codigo Postal 4.11 Taleiron 4.11 Taleiron Q2 Se ignora 0 99 JERNO DE SEMARAZOS us ci número de foto-del JECTO 11.00 11.00 11.00
=	DEL DATOS DE LA	93. CHARLA ALGUNA LENGUA WOKE MA? 22. EDA SIQ 1 NO 2 Se ignora 3 24. RESIDENCIA HABITUAL Anche el donicilo y Melcos 24.1 Tipo de vialidad 24.5 Tipo de ascertamiento humano 25. ESCOLABIDAD Ningura 1 Presección 12 Petrorio Boubillerato 0 P Profesionol 9 Progrado C proparations 27. AFILICACIÓN A SERVICIOS DE SALUO Ningura 1 RESISTE 0 3 SEDENA 5 IMSSO 2 PEMEX 4 SEMARI 6 29. PILLOS EMBARIAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUV 29. IN LOS EMBARIAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUV 29. IN NOMBRE Nombrejol 35. NOMBRE Nombrejol 36. CERTIFICADA POR Nociona SILUTADA POR	24.9 Municipio o de 24.9 Municipio o de 3 Secundaria O ₅ 50 Se ignora O ₆₉ Seguno Popular (INSS PROSPERA) 29 29 3.5 Sobreviverio 60 Primer Apolido O HONERO DE HAJOS (O O O O O O O O O O O O O O O O O O O	Se ignore O COMMUNAL, De Communa Se parada Se Directada 1a tractes 24.2 Nombre de la validad 24.0 Nombre de la validad 24.0 Nombre del asentamie Completa Se ignore	20. NACIONA Medicana Cora (Co	Solaria Canada 2d 3 Nim. Exe 2d 3 Nim. Exe an of otherwise 2d 3 Nim. Exe an of otherwise 3d 4 Net administration 28 Vinter 20.1 En caso negative, ceret Confidence Segundo Apete 30.3 Nim. Exerce 30.1 Directorial	pecifique) 5 Se ignora 0 9 stor 24.4 Nam. Interior 14.7 Codigo Postal 4.11 Taleiron 4.11 Taleiron 25.4 Nam. Interior 100 100 100 100 100 100 100 1
=	DEL DATOS DE LA	93. CHARGEA ALGUNA LENGUA INDIGERA? 22. EDA 54 No 2 Se ignora 3 24. RESIDENCIA HABITUAL Anote el donicilo y Médico 24. 1 Tipo de visidad 26. 5 Tipo de ascertamiento humano 24. 5 Tipo de ascertamiento humano 24. 5 Tipo de ascertamiento humano 24. 5 Tipo de ascertamiento humano 25. ESCOLARIDAD Noguna 1 Pisescolar 12 Parantio C Bochilerato o 7 Profesional 09 Progrado C proparadoria 27. AFILLACIÓNA SERVICIOS DE SALUO Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 05 IMOSO 2 PENEXO 4 SEMARO 8 38. SEMARO 5 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUV 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUV 20. 21. Naciolas Vivas (sa) Se ignora 0 31. NOMBRE Nombre 10 33. NOMBRE Nombre 10 34. DOMICEJO 35. Tipo de visidad 36.5 Tipo de oscertamiento humano	24.9 Municipio o del 3 Secundario Os 50 Seignoro Ose Seignoro Ose Regimo Popular (INSIG PROSPERA (NUERO DE HIJOS (20) 20 Dimer Apolido Dimer Apolido Oso Oso Oso Oso Oso Oso Oso Oso Oso Os	Se ignore O COMMUNAL, De Communa Se parada Se Directada 1a tractes 24.2 Nombre de la validad 24.0 Nombre de la validad 24.0 Nombre del asentamie Completa Se ignore	20. NACIONA Medicana Cora (Co	Softens 1 Canada 24 3 Nim. Em 24 3 Nim. Em 24 3 Nim. Em 24 3 Nim. Em 25 1 Canada 26 3 Nim. Em 27 28 Nim. Em 30 3 Nim. Em	pecifique) 5 Se ignora 0 9 stor 24.4 Nam. Interior 14.7 Codigo Postal 4.11 Taleiron 4.11 Taleiron 25.4 Nam. Interior 100 100 100 100 100 100 100 1

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaria de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxiliese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Liene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaria de Salud en un período no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice piuma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.

 Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
 En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un digito, ejemplo; para 1 de
- septiembre de 2016 anote [0.1 | 0.9 | 2.0.1.6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: 99 9 9 20 16.
- Marque con una "X" sobre el circulo correspondiente a la respuesta.

 Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asginado para tal fin
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se descenezca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla,
- Para los demicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancheria, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Município o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación asta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- PESO, Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0,4]5,0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1,3]0,0]. No registre con otra unidad de medida (1kg.= 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigitancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente ylo el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- ESTÁDO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una
- piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocaria se separa.

 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Marque si se practicó o no necropsia al producto.

 FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo; si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1,6]0,5].

 SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad
- médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).

 SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE. Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 sema-
- nas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan manio-bras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. ntesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- 14. ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA? En 14.1 anote una "X" en la opción "Si", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada rengión, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codifidador".
 - PARTE I. En la linea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las lineas b), c) y d) debe PARTE II. En la linea a) escriba la condición del producto o de la maiore que produjo orcamienta a motore, en las lineas o), c) y o) decergistrar las enfermedades o succesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la linea a). PARTE II. Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de"), lo cual indica que la causa que anote en la linea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aqui alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

Hemorragia intraventricular 0, 01 80. Hipoxia intrauterina 0: œ. Insuficiencia placentaria 0: Hipertensión gestacional Tabaquismo 60 1 0: 01 0

- 24. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 25. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta, Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente
 con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando
- la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.

 27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga affiliada a servicios de salud. En 27.1 anote el número de affiliación de la opción donde la madre eccibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.

 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS). Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre,
- te de si a la fecha estén vivos o no y cuántos hayan nacido mu
- 30. ¿VIVE LA MADRE?, Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número del Certificado de Defunción
- 33-38. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el nún de su oédula profesional.
- 39. 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.

_	(LLÉNESE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN) ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO				
	E. SEXO 2. EDAD GESTACIONAL 3. PESO LEpordamonO ₁ , Reproducción assiticio O ₂ 5. Secución Piechatix, 5. Secución perchatix, 6. Secución perchatica				
	Semanus Outroo Direction Germania O Trees o material Semanus O Trees o material O Trees o				
٠.	Normal O1 Anne del parto O1 Fresce O1 Macorada O2 SI O1 No O2				
TO DEL					
PRODUCTO Y DEL SUCE	2.1 Tipo de vialidad 9.2 Nontre de la validad 9.3 Núm Edator 9.4				
EL PR	9.5 Tipo de asortamiento humano 9.6 Nombre del osentamiento humano 9.7 Codego Pe 2.8 Localidad 9.9 Marecipio o delegación 9.10 Entidad federativa				
DATOS DEL REMEARAZO	90. SITIO DONDE SECEDIO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN SECURLAS O, MISSO, PEMEXO, SEMARO, Unidado, PARESO, PARESO, PARESO, PEMEXO, SEMARO, PARESO,				
85	MASS O SOUTE O SETEMA O CHARMASIO				
	10.2 Dave Onco de Establacimentos de Salad (CLUES) 11. ¿QUIRÉN ATENDIO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Y 12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE PUE				
	Médico gineco-distérsi				
	11. PROCEDIMENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Patrivoginal esponánes 0 Gestres 0 Facepe 0 Se ignoción 14. VIOLENCIA 14. La miseño fetal fue consecuencia de es acti de valencia habita inmadre? Conta misida?				
	CSV*O4 "Especifique SIO3 NoO2 Se glora O9 10. ANOMALÍAS, NALFORMACIONES O DEFECTOS COMSÉMTOS DEL PRODUCTO COCCASIONE				
	#				
74	THE CAUSAS DE L'AMUERTE FETAL. (Aron una sois causa et cada rengion. Evis sellatar modos de mort «jampio: paro cardiaco, saferria. Especifique si la cauda fue: Cauda fue:				
TE FETAL	PARTS Condición India o malerna que caso di rectamente La O1 O2				
MUERTE	Debido a jo como consecuencia de)				
3	Conditiones fetales a b) Debido a lo como consecuencia de) Debido a lo como consecuencia de)				
848 DE	mendiomandose en Utimo logar la cazana () Outido a los como comancarrola che)				
CAUSAS	1d O1 O2				
	PARTE II One estation participation II O ₁ O ₂				
	que confibuerco a a muete, pero no visiconados comis enformación de seránte de la configuración que la produjo de				
	Uso exclusivo del personal codificador 17. CAUSA BÁSICA DE DEPUNCIÓN Cédigo CE				
	18 NOMBRE				
	Prince Apoliko Gregorio Apoliko Gregorio Apoliko (Gregorio Apoliko) 10. CURP 20. NACIONALIDAD 9. Microarra (C.)				
	21. LINABLA ALGURA LENGUA INDÍGERA? 22. EGAD (Adryo) 23. ESTADO CONYUGAL				
MADRE	SIO1 NoO2 SelignoraO5 En utilan literiO4 SeparadaO6 DivorcadaO3 ViudaO2 SoberaO1 CasadaO5 S				
LAMA	24. RESIDENCIA HABITUAL Ancte el domicilio y teléfono permanente donde vive larradre				
8	24.1 Tipo de visidad 24.2 Novière de la visidad 24.3 Novière 24.2 Novière de la visidad 24.3 Novière 24.5 Tipo de asentamiento humano 24.7 Cod 24.5 Novière del asentamiento humano 24.7 Cod 25.7 Cod 25.				
DATOS	24 5 Localidad 2N 9 Municipio o delegación 24.10 Entidad federativa o cela (si reside en el extranjero) 24.11 Tel				
	35. ESCOLARDAD 25.1. La escolaridad seleccionada es. 36. DCUPACIÓN MARITUAL Ninguria 1. Pressociar 12. Primeria 3. Secundaria 5.				
	Bachillentro o O 7 Profesional O 8 Posgrado O 10 Se ignore O 99 Completa O 1 Incompleta O 2 26 1 Tobaja actualmente Si O 1 Ni O 2				
	27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Nigaria 1 ISSSTE 3 SECICIA 5 Seguro Popular 7 Cerús 27.1 Número de seguridad social a atliación (Intalye el a				
	INGG O₂ PEMCX O₄ SEMAR O₅ MASS PROSPERA O₁₀ Se Ignora O₃				
	29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE MJOS (AR) 29. 1 Nacidos Muertos (IAI) De ignora Ogo 29.3 Sobrevinientes So ignora Ogo 510, No Ogo SI O 1000 200 200 200 200 200 200 200 200 20				
24	20.2 Nacidos Vivos (isis) Se ignore Qgg				
DEL	Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
	35. CERTIFICADA FOR Melito Ysterio () Melito Ysterio () Melito Hauta () Persona a tricodo por () Melito Hauta () Persona a tricodo por ()				
	Notinere 5s la cédula profesional				
DEL	Mombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido Segundo Apellido				
DATOS DEL CERTIFICANTE	36.1 Tipo de stalidad 36.2 Nombre de la validad 36.3 Num. Enteno 36.				
-8	35.1 lipo de isandad 35.2 nomore de la visidad 35.3 num. Cretor 35.5 num. Cretor 35.7 tipo de isantiamiento humano 36.7 ti				
	36.6 Localidad 36.9 Municipio o delegación 36.19 Entidad Nobestina				
	37. TELÉFONO 38. FIRMA 39. FECHA DE CERTIFICACIÓN				

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaria de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxiliese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- . Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarios al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certifico la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el
- certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaria de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición. Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas. Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,....9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mos y año. Complete con cero a la Izquierda para los días y meses de un digito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote | 0 1 | 0 9 | 2 0 1 6|. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: | 9 9 | 9 9 | 2 0 1 6|.
- Marque con una "X" sobre el circulo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe específicar en el espacio asginado para tal fin Marque con una "X" el circulo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos
- cos, sólo cuando se desconozoa la información y
- después de agotar todos los recursos para obteneria.

 Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancheria, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias

- EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- PESO, Anote en gramos el peso del producto, ejempto: si el producto pesa 450 gramos, anote [0 ,4 |5 ,0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1 ,3 |0 ,0]. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).

 ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2
- el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.

 ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías
- de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.

 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una 7.1
- pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Marque si se practicó o no necropsia al producto.
 FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los
- minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1,6]0,5].

 SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE. Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan manio-
- bras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.

 PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado i contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA? En 14.1 anote una "X" en la opción "Si", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que sene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- 16. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada rengión, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codifidador".
 - PARTE I. En la linea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las lineas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la linea a).

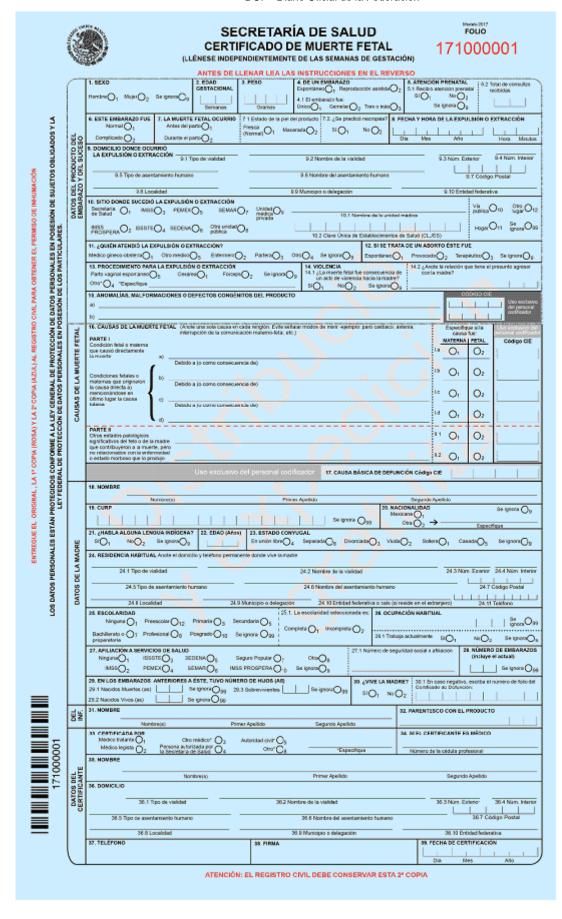
 PARTE II. Como ayuda debajo de las lineas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de"), lo cual indica que la causa que anote en la linea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

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



- 24. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
 OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente
- 26. OCUPACION HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejempiór obrera, maestra, etc. En marque la opción "Si cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negoció familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres, del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
 27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarese cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servición se salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
- 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS). Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, de si a la fecha estén vivos o no y cuántos hayan nac
- 30. ¿VIVE LA MADRE?, Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número
- 33-38. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número
- 39. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado

INF: Informante. CIE; Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde
- no haya mildico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaria de Salud.

 Para el llenado de este Certificado, auxiliese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarios al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardanse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaria de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición. Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9). la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
 En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de
- septiembre de 2016 anote [0.1|0.9|2.0.1.6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemp si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9.9|9.9|2.0.1.6].

- Marque con una "X" sobre el circulo correspondiente a la respuesta.

 Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asginado para tal fin.

 Marque con una "X" el circulo de "Se ignora" o tiene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos. os, sólo cuando se desconozca la información y
- después de apotar todos los recursos para obtenería.

 Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21. 2A, G5). Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancheria, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentaiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- PESO, Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0,4[5,0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1,3[0,0]. No registre con otra unidad de medida (1kg.= 1000 gramos).

 ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2
- el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.

 ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías
- de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.

 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión lo extracción; la piel macerada se refiere a una
- ta, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?. Marque si se practicó o no necropsia al producto.
 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 ejempto: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1,6]0,5;.

 SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN, Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE. Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan manio-
- bras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.

 PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado
- ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA? En 14.1 anote una "X" en la opción "SI", en caso de existir evidencia encia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el/la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: , padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- 16. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada rengión, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codifidador".
 - PARTE I. En la linea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las lineas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la linea a).

 PARTE II. Como ayuda debajo de las lineas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de"), lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

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

Г	S. CAURRE DE LA MUERTE PETAL. Printe una sub-cause in calie renigios, entre terbale resolución frontes que que carillismi debreto, etc. I	Especific	ta uliqui	
	Hemorragia intraventricular	MICHAEL .	ADA.	Coargo CHE
	nemorragia intraventricular	7 01	20:	
	Bipoxia intrauterina	10	w,	
	Insuficiencia placentaria	ė a.	0.	
	Other Light School Company Com		٠.	
	Hipertensión gestacional	÷ ⊗.	Oz	1 1
ŀ				
	Om risks parties. Tabaquisno	9 ⊗	Or	
	tiga contribution o di mante parti			
	to equal territoria que ejerocke.	4 0	02	1 1

- 24. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.

 ESCOLARIDAD, Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o
- incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".

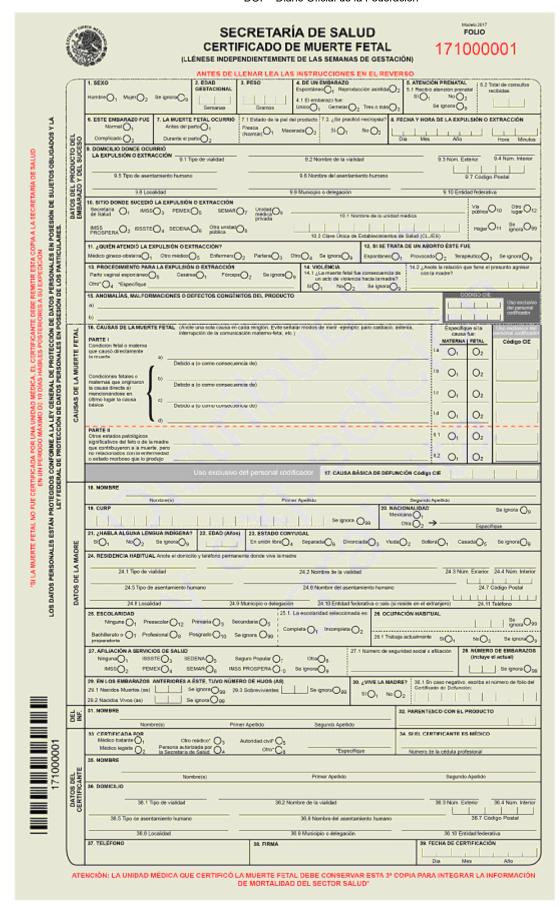
 26. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente
- con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.

 27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe
- marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga affiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de affiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.

 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS). Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre,
- e de si a la fecha estén vivos o no y cuántos hayan nacido muertos. ?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número
- 33-38. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número
- 39. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado

ABREVIATURAS INF: Informante, C

CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud



INSTRUCTIVO PARA EL LI ENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un medico, preterentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaria de Salud.
- Para el llenado de este Cartificado, auxiliese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotojar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarios al Registro Civil para tramitar el
 permiso de inhumación o cremación. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de
 mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaria de Salud en un período no mayor a 10 dias hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de get), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
 Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta
- la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).

 En los campos de Fecha, el orden de registro es: dia, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los dias y meses de un digito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0,1]0.9 [2,0.1.6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extraoción (2016), anote: 99 9 9 2016.

- Marque con una "X" sobre el circulo correspondiente a la respuesta.

 Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asginado para tal fin.

 Marque con una "X" el circulo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y
- después de agolar todos los recursos para obtenerás.

 Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretra, Diagonal, Calizada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de seatentamiento humano (ej. Colinia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento. Dedigo Postal, Localidad, Município o delegación y Eritidad federativa. Evito anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- to no debe llevar tachaduras o enmendaduras

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- PESO, Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0],4[5],0] si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1],3[0],0]. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
- ATBINCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.

 ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologias
- de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como norma
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión lo extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- ¿SE PRACTICO NECROPSIA?. Marque si se practicó o no necropsia al producto.
 FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia
 minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote 11,6 0,5 ncia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).

 SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE. Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 sema-
- nas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan manio-bras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual
- nayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimie contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA? En 14.1 anote una "X" en la opción "Si", en caso de existir evidencia ca infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- 18. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada rengión, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta ida <u>a la madre</u> o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codifidador"
 - PARTE (. En la linea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las lineas b), c) y d) debe PARTE I. En la inea a) escriba la condicion del producto o de la macre que produjo directamente la muerte, en las lineas b), c) y d) dece registrar las enfermedades o sucessos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la linea a).

 PARTE II. Como ayuda debajo de las lineas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de"), lo cual indica que la causa que anote en la linea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

 Cuando aplique, anote aqui alguna otra enfermedad significativa, atribuido a la embarzada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

A. CAUNAS DE LA MIGREE PETAL. Photo una pos racus en rada meglio, ante polsage modes de mote spengio para cambam, antenia, o	afer J	Especial	ter in	Service of
Condense taggi - reduces can consider descriptions of the condense description of the	_ 4	0:	8:	Coatgo CIE
Substitute No. Hipoxia intrauterina	_	0.	⊗:	
Insuficiencia placentaria	_ 4	0	0:	
Hipertensión gestacional		٥.	01	
MATERIA DE SANCIO POR PARA PARA PARA PARA PARA PARA PARA	- 4	٥.	01	
que establiques se establiques de establiques de la constantion de la constantion que la constantion que la produce de la constantion que la c	44	0.	0.	

- 24. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país e a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre
- ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
 OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente
- con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc. 27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe
- inte manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS). Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre,
- independientemente de si a la fecha estén vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.

 30. ¿VIVE LA MADRE?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de foto del Certificado de Defanción.
- 33-38. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número
- 39. FECHA DE CERTIFICACIÓN, Anote el día, mes y año de expedición del Certificado

ABREVIATURAS

e. CIE: Clasificación Estadistica Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.