

**ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal.**

---

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

JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; artículos 104, fracción I, 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; 6 y 7, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

**CONSIDERANDO**

Que la Ley General de Salud establece que tanto la Secretaría de Salud como los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y de conformidad con la Ley de Información Estadística y Geográfica, ahora 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 a los sistemas nacionales de información.

Que las causas de defunción en nuestro país han variado con respecto a décadas anteriores, así como los procedimientos donde se consignan tales hechos, según los modelos dados a conocer en el Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de noviembre de 1986, por lo que se requiere actualizarlos a fin de que respondan a las características y condiciones del nuevo perfil epidemiológico, de los crecientes requerimientos de calidad y oportunidad de los datos, así como de las necesidades de interacción con otros sistemas estadísticos y legales, por ello he tenido a bien expedir el siguiente:

**ACUERDO POR EL QUE LA SECRETARIA DE SALUD DA A CONOCER LOS FORMATOS DE CERTIFICADOS DE DEFUNCION Y DE MUERTE FETAL**

**ARTICULO PRIMERO.** La Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, mismos que se anexan al presente acuerdo para su conocimiento y observancia general.

**ARTICULO SEGUNDO.** Toda defunción y muerte fetal deberá ser objeto de certificación, para lo cual se utilizarán los formatos vigentes.

**ARTICULO TERCERO.** Los certificados de defunción y muerte fetal deberán ser expedidos por profesionales de la Medicina. En los lugares donde no haya médico, se emitirán por personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente.

El médico con título legalmente expedido que haya asistido al fallecimiento, atendido la última enfermedad, haya realizado el control prenatal o atendido el parto será quien extienda el certificado de defunción o muerte fetal, según sea el caso; a falta de éste, será expedido por cualquier otro médico con título legalmente expedido que haya conocido el caso y siempre que no se sospeche que el deceso se encuentre vinculado a la comisión de hechos ilícitos, en cuyo caso deberá darse aviso al Ministerio Público.

**ARTICULO CUARTO.** El certificado de defunción será expedido después de revisar el cuerpo, comprobar el fallecimiento y determinar la probable causa de defunción. El certificado de muerte fetal deberá expedirse una vez comprobado el fallecimiento del producto, siempre y cuando éste haya ocurrido antes de la extracción o expulsión completa del cuerpo de la madre según lo dispuesto en las normas técnicas aplicables.

**ARTICULO QUINTO.** Los certificados de defunción y muerte fetal junto con sus respectivas copias se darán a los familiares del fallecido para que éstos a su vez los entreguen a las Oficialías del Registro Civil y realicen los trámites que deriven del hecho. En caso de no ser reclamado el certificado por los familiares del fallecido, el certificador deberá enviar esta documentación a las Oficialías del Registro Civil.

Las Secretarías de Salud Estatales y del Distrito Federal recabarán el original del certificado en las Oficialías del Registro Civil y lo mantendrán para su resguardo.

Las Oficialías del Registro Civil pondrán a disposición del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática una copia del certificado y conservarán otra.

**ARTICULO SEXTO.** Las Secretarías de Salud Estatales y del Distrito Federal serán responsables de integrar las bases de datos relacionadas con la emisión de los certificados de defunción y muerte fetal y deberán remitir la información resultante a la Secretaría de Salud de forma quincenal, en los términos que ésta señale y conforme a la normatividad aplicable.

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

**TRANSITORIO**

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

En México, D.F., a 21 de enero de 2009.- El Secretario de Salud, **José Angel Córdova Villalobos**.- Rúbrica.



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo  
FOLIO  
00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____			
	2. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9		3. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____	
	4. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____			
	5. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Desconocida <input type="radio"/> (consulte el instructivo de llenado)			
	5.1 PESO _____ Gramos			
	6. CURP DEL FALLECIDO(A) _____			
	7. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	8. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) 8.1 Calle y número _____ 8.2 Localidad o Colonia _____ 8.3 Municipio o Delegación _____ 8.4 Entidad Federativa _____			
	9. OCUPACIÓN HABITUAL _____			
	DE LA DEFUNCIÓN	10. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 No aplica <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
11. INSTITUCIÓN DE DERECHO HABIENTE Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9				
12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input type="radio"/> 99				
13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Marque con una "X" el lugar donde ocurrió la defunción. Si ésta sucedió en lugar diferente a los descritos en las opciones, seleccione la opción Otro lugar (12). Añote en la pregunta 14 el domicilio. Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 BISS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Nombre de la unidad médica _____				
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Calle y número _____ 14.2 Localidad o Colonia _____ 14.3 Municipio o Delegación _____ 14.4 Entidad Federativa _____				
15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE-10		
<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo</p>				
19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Especie para código CIE-10 _____				
20. ¿SE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL. ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: El embarazo <input type="radio"/> 1 (43 días a 11 meses después del parto o aborto) El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		23. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. ESPECIFIQUE: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.1 Fue un presunto _____ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Lugar donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Calle o comercio (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área industrial (taller, fábrica u otros) <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.4 Violencia familiar (¿El presunto agresor es familiar del fallecido/a)? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		23.7 Sólo en caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y Localidad o Colonia _____ 23.7.2 Municipio o Delegación _____ 23.7.3 Entidad Federativa _____		
DEL INF.	24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1 Nombre _____		24.2 Parentesco con el fallecido(a) _____	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6			
DEL CERTIFICANTE	27.1 Nombre y Firma _____		27.2 Domicilio y Teléfono _____	
	26. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		26.1 Número de la cédula profesional _____	
DEL REG. CIVIL	29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		29.1 Acta Núm. _____	
	30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio _____ 30.3 Entidad _____		30.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado debe llenarse en original y dos copias y entregarse a los familiares con la instrucción de llevarlos ante el Registro Civil para obtener el acta de defunción.
- Utilice letra de molde clara y legible. No use abreviaturas.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.
- El certificado de defunción debe ser expedido por médico, de preferencia el tratante luego de verificar o constatar la muerte de la persona. En los lugares donde no haya médico, con los requisitos señalados, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la defunción.
- Para el llenado de este certificado auxilíese con la información proporcionada por algún pariente o conocido del fallecido(a). En los hospitales, de la historia clínica del paciente.
- Para las preguntas de opción, marque con una X la que corresponda con la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas en las que se deben anotar números (fecha, hora, etc.), use números arábigos. (1,2,3.....9).

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DEL FALLECIDO(A).** En el caso de que el fallecido(a) sea un recién nacido anote, al menos, el apellido paterno y el apellido materno.
5. **EDAD CUMPLIDA.** Especifique la edad del fallecido(a) según corresponda. Para menores de un día, anote la edad en horas. Para menores de un mes, anote la edad en días. Para menores de un año, anote la edad en meses. Si el fallecido(a) tenía un año de edad o más, cubra los tres espacios destinados, utilice ceros a la izquierda para los casos donde la edad del fallecido(a) no cubra todos los espacios. Ejemplos: fallecido(a) de 102 años: [ 1 | 0 | 2 ] AÑOS; fallecido(a) de 63 años: [ 0 | 6 | 3 ] AÑOS; fallecido(a) de 5 años: [ 0 | 0 | 5 ] AÑOS; fallecido(a) de 22 horas: [ 2 | 2 ] HORAS; fallecido(a) de 28 días: [ 2 | 8 ] DÍAS; fallecido(a) de 7 meses: [ 0 | 7 ] MESES; Marque con X la opción "Desconocida", después de agotar todos los recursos para determinar la edad del fallecido(a). En el caso de que la edad cumplida sea desconocida, pero sí se conoce que vivió HORAS, DÍAS, MESES: llene con 99; en caso de AÑOS con 999 la categoría de edad que corresponda.
  - 5.1 **Peso.** Para el caso de los menores de un día especifique el peso en gramos.
6. **CURP DEL FALLECIDO(A).** Esta información es de vital importancia para las posteriores gestiones de registro de la información. Solicítelo a los deudos y cuide su correcto llenado.
7. **ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encontraba la persona de 12 años o más al momento de fallecer. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Si se trata de menores de 12 años, marcar la opción soltero(a).
8. **RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde de manera permanente el fallecido(a) residió durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización. En el rubro LOCALIDAD señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene; ejemplo: Rancho la Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
9. **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que realizaba el fallecido(a). Si no trabajaba, mencione a qué se dedicaba, por ejemplo: rentista, jubilado, estudiante o ama de casa.
10. **ESCOLARIDAD.** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados por el fallecido(a).
11. **INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA.** Considérese "derechohabiente" si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
12. **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que el fallecido(a) sea beneficiario de alguna institución de seguridad social. Auxilíese para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 11.
- 13.1 **Nombre de la unidad médica.** En caso de que la defunción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
15. **FECHA.** Anote con números arábigos el año (los cuatro dígitos), el mes, el día y la hora de ocurrencia.
- 15.1 **Hora de la defunción.** Para anotar la hora, use la escala de 01 a 24. Escriba también los minutos.

Ejemplo: Si ocurrió a las cinco y media de la tarde, anote: 

1	7	3	0
Hora		Minuto	

17. **SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Marque con X la opción "SI" cuando haya sido efectuada la autopsia (necropsia). Esta pregunta es para todas las muertes, tanto por accidente o violencia como por causas naturales.
18. **CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.

**PARTE I:** Anote en el inciso a) la enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente, asiente ésta en el inciso b), si ésta a su vez fue originada por una tercera, anótelas en el inciso c); si ésta a su vez fue originada por una cuarta, informe esta última en el inciso d). No es estrictamente necesario llenar los renglones b), c) y d) siempre y cuando la causa informada en el inciso a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí misma sea la causa de la muerte, sin necesidad de causas previas.

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

Ejemplo:	<b>I</b>	a) Peritonitis	2 días
		b) Perforación de duodeno	4 días
		c) Úlcera duodenal	3 años
	<b>II</b>	Hipertensión arterial	5 años
19. **CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN.** No anote nada en este espacio.
20. **SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (de 10 a 54 años).** No omita responder a las preguntas respecto al embarazo. Si se contesta afirmativamente alguna de las opciones de esta pregunta (1 a la 4), contestar las preguntas 21 y 22.
- 21 y 22. Se refieren a las causas anotadas en la pregunta 18. Se subraya la diferencia entre cada pregunta. La pregunta 21 hace referencia a que las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo parto o puerperio, mientras que la pregunta 22 corrobora que las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio.
23. **SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Dé aviso a la autoridad civil ya que el médico legista levantará el certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con la información disponible.
- 23.3 **Lugar donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente dado que ésta puede ser diferente a la del sitio donde ocurrió la defunción.
- 23.4 **Violencia familiar.** Si la muerte fue por homicidio, marque con una X la opción correspondiente si el presunto agresor es un miembro de la familia, con el que mantiene (o ha mantenido) una relación de convivencia o parentesco.
- 23.6 Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte. Ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida, sofocación por bolsa de plástico al estar jugando con sus amigos en la escuela, etc. Para el caso de violencia familiar describa el parentesco del presunto responsable con el fallecido(a) (padre, madrastra, concubina, esposo...).
- 23.7 **Sólo en caso de accidente de vehículo de motor.** Anote la calle o avenida, entre que calles, nombre de la colonia, número de kilómetro, nombre de la carretera o camino, del municipio o delegación y de la entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
27. **Datos del certificador.** El certificador no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.
28. **Fecha de certificación.** Anote el día, el mes y año en que se expide este certificado.



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo  
FOLIO  
00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____			
	2. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9		3. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____	
	4. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____			
	5. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día _____ Horas _____ Para menores de un mes _____ Días _____ Para menores de un año _____ Meses _____ Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____ Desconocido <input type="radio"/> (consulte el instructivo de llenado)			
	6. CURP DEL FALLECIDO(A) _____			
	7. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	8. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 8.1 Calle y número _____ 8.2 Localidad o Colonia _____ 8.3 Municipio o Delegación _____ 8.4 Entidad Federativa _____			
	9. OCUPACIÓN HABITUAL _____		10. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 No aplica <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	11. INSTITUCIÓN DE DERECHO HABERENCIA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input type="radio"/> 99			
DE LA DEFUNCIÓN	13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Marque con una "X" el lugar donde ocurrió la defunción. Si esta sucedió en lugar diferente a los descritos en las opciones, seleccione la opción Otro lugar (12). Anote en la pregunta 14 el domicilio. Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Nombre de la unidad médica _____			
	14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Calle y número _____ 14.2 Localidad o Colonia _____ 14.3 Municipio o Delegación _____ 14.4 Entidad Federativa _____			
	15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		16. HORA DE LA DEFUNCIÓN Hora _____ Minutos _____	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada región. Enté señalar modos de morir -ejemplo: pero cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo _____			
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Espacio para código CIE-10 _____		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		23. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Accidente <input type="radio"/> 1 Honoricidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 24.1 Fue un presunto _____ 24.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 24.3 Lugar donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 3 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Áreas deportivas <input type="radio"/> 4 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 6 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9 24.4 Violencia familiar (¿El presunto agresor es familiar del fallecido/a)? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 24.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____ 24.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ 24.7 Sólo en caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 24.7.1 Calle y Localidad o Colonia _____ 24.7.2 Municipio o Delegación _____ 24.7.3 Entidad Federativa _____			
	25. DATOS DEL INFORMANTE 25.1 Nombre _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
	27. DATOS DEL CERTIFICANTE 27.1 Nombre y Firma _____		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Mun. _____ Libre Núm. _____ 29.1 Acta Núm. _____		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio _____ 30.3 Entidad _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTA PRIMERA COPIA AL INEGI

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado debe llenarse en original y dos copias y entregarse a los familiares con la instrucción de llevarlos ante el Registro Civil para obtener el acta de defunción.
- Utilice letra de molde clara y legible. No use abreviaturas.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.
- El certificado de defunción debe ser expedido por médico, de preferencia el tratante luego de verificar o constatar la muerte de la persona. En los lugares donde no haya médico, con los requisitos señalados, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la defunción.
- Para el llenado de este certificado auxíliase con la información proporcionada por algún pariente o conocido del fallecido(a). En los hospitales, de la historia clínica del paciente.
- Para las preguntas de opción, marque con una X la que corresponda con la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas en las que se deben anotar números (fecha, hora, etc.), use números arábigos. (1,2,3.....9).

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DEL FALLECIDO(A).** En el caso de que el fallecido(a) sea un recién nacido anote, al menos, el apellido paterno y el apellido materno.
5. **EDAD CUMPLIDA.** Especifique la edad del fallecido(a) según corresponda. Para menores de un día, anote la edad en horas. Para menores de un mes, anote la edad en días. Para menores de un año, anote la edad en meses. Si el fallecido(a) tenía un año de edad o más, cubra los tres espacios destinados, utilice ceros a la izquierda para los casos donde la edad del fallecido(a) no cubra todos los espacios. Ejemplos: fallecido(a) de 102 años: [ 1 | 0 | 2 ] AÑOS; fallecido(a) de 63 años: [ 0 | 6 | 3 ] AÑOS; fallecido(a) de 5 años: [ 0 | 0 | 5 ] AÑOS; fallecido(a) de 22 horas: [ 2 | 2 ] HORAS; fallecido(a) de 28 días: [ 2 | 8 ] DÍAS; fallecido(a) de 7 meses: [ 0 | 7 ] MESES; Marque con X la opción "Desconocida", después de agotar todos los recursos para determinar la edad del fallecido(a). En el caso de que la edad cumplida sea desconocida, pero sí se conoce que vivió HORAS, DÍAS, MESES: llene con 99; en caso de AÑOS con 999 la categoría de edad que corresponda.
- 5.1 **Peso.** Para el caso de los menores de un día especifique el peso en gramos.
6. **CURP DEL FALLECIDO(A).** Esta información es de vital importancia para las posteriores gestiones de registro de la información. Solicítelo a los deudos y cuide su correcto llenado.
7. **ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encontraba la persona de 12 años o más al momento de fallecer. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Si se trata de menores de 12 años, marcar la opción soltero(a).
8. **RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde de manera permanente el fallecido(a) residió durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización. En el rubro LOCALIDAD señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene; ejemplo: Rancho la Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
9. **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que realizaba el fallecido(a). Si no trabajaba, mencione a qué se dedicaba, por ejemplo: rentista, jubilado, estudiante o ama de casa.
10. **ESCOLARIDAD.** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados por el fallecido(a).
11. **INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENCIA.** Considérese "derechohabiente" si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
12. **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que el fallecido(a) sea beneficiario de alguna institución de seguridad social. Auxíliase para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 11.
- 13.1 **Nombre de la unidad médica.** En caso de que la defunción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
15. **FECHA.** Anote con números arábigos el año (los cuatro dígitos), el mes, el día y la hora de ocurrencia.
- 15.1 **Hora de la defunción.** Para anotar la hora, use la escala de 01 a 24. Escriba también los minutos.

Ejemplo: Si ocurrió a las cinco y media de la tarde, anote: 

1	7	3	0
Hora	Minutos		

17. **SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Marque con X la opción "SI" cuando haya sido efectuada la autopsia (necropsia). Esta pregunta es para todas las muertes, tanto por accidente o violencia como por causas naturales.
18. **CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.  
**PARTE I:** Anote en el inciso a) la enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente, asiente ésta en el inciso b), si ésta a su vez fue originada por una tercera, anótelas en el inciso c); si ésta a su vez fue originada por una cuarta, informe esta última en el inciso d).  
No es estrictamente necesario llenar los renglones b), c) y d) siempre y cuando la causa informada en el inciso a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí misma sea la causa de la muerte, sin necesidad de causas previas.  
**PARTE II:** En esta parte anote alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I a), b), c) o d).  

Ejemplo:	I	a) Peritonitis	2 días
		b) Perforación de duodeno	4 días
		c) Úlcera duodenal	3 años
	II	Hipertensión arterial	5 años
19. **CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN.** No anote nada en este espacio.
20. **SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (de 10 a 54 años).** No omita responder a las preguntas respecto al embarazo. Si se contesta afirmativamente alguna de las opciones de esta pregunta (1 a 4), contestar las preguntas 21 y 22.
- 21 y 22. Se refieren a las causas anotadas en la pregunta 18. Se subraya la diferencia entre cada pregunta. La pregunta 21 hace referencia a que las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo parto o puerperio, mientras que la pregunta 22 corrobora que las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio.
23. **SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Dé aviso a la autoridad civil ya que el médico legista levantará el certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con la información disponible.
- 23.3 **Lugar donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente dado que ésta puede ser diferente a la del sitio donde ocurrió la defunción.
- 23.4 **Violencia familiar.** Si la muerte fue por homicidio, marque con una X la opción correspondiente si el presunto agresor es un miembro de la familia, con el que mantiene (o ha mantenido) una relación de convivencia o parentesco.
- 23.6 Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte. Ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida, sofocación por bolsa de plástico al estar jugando con sus amigos en la escuela, etc. Para el caso de violencia familiar describa el parentesco del presunto responsable con el fallecido(a) (padre, madrastra, concubina, esposo...).
- 23.7 **Sólo en caso de accidente de vehículo de motor.** Anote la calle o avenida, entre que calles, nombre de la colonia, número de kilómetro, nombre de la carretera o camino, del municipio o delegación y de la entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
27. **Datos del certificante.** El certificante no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.
28. **Fecha de certificación.** Anote el día, el mes y año en que se expide este certificado.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo
FOLIO
00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Formulario de certificación de defunción con secciones: DEL FALLECIDO, DE LA DEFUNCIÓN, MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS, DEL CERTIFICANTE, and DEL REG. CIVIL. Incluye campos para nombre, sexo, edad, lugar de defunción, causas de muerte, y datos del informante.

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

2a. COPIA PARA EL REGISTRO CIVIL

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado debe llenarse en original y dos copias y entregarse a los familiares con la instrucción de llevarlos ante el Registro Civil para obtener el acta de defunción.
- Utilice letra de molde clara y legible. No use abreviaturas.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.
- El certificado de defunción debe ser expedido por médico, de preferencia el tratante luego de verificar o constatar la muerte de la persona. En los lugares donde no haya médico, con los requisitos señalados, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la defunción.
- Para el llenado de este certificado auxilíese con la información proporcionada por algún pariente o conocido del fallecido(a). En los hospitales, de la historia clínica del paciente.
- Para las preguntas de opción, marque con una X la que corresponda con la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas en las que se deben anotar números (fecha, hora, etc.), use números arábigos. (1,2,3.....9).

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DEL FALLECIDO(A).** En el caso de que el fallecido(a) sea un recién nacido anote, al menos, el apellido paterno y el apellido materno.
5. **EDAD CUMPLIDA.** Especifique la edad del fallecido(a) según corresponda. Para menores de un día, anote la edad en horas. Para menores de un mes, anote la edad en días. Para menores de un año, anote la edad en meses. Si el fallecido(a) tenía un año de edad o más, cubra los tres espacios destinados, utilice ceros a la izquierda para los casos donde la edad del fallecido(a) no cubra todos los espacios. Ejemplos: fallecido(a) de 102 años: [ 1 | 0 | 2 | ] AÑOS; fallecido(a) de 63 años: [ 0 | 6 | 3 | ] AÑOS; fallecido(a) de 5 años: [ 0 | 0 | 5 | ] AÑOS; fallecido(a) de 22 horas: [ 2 | 2 | ] HORAS; fallecido(a) de 28 días: [ 2 | 8 | ] DÍAS; fallecido(a) de 7 meses: [ 0 | 7 | ] MESES; Marque con X la opción "Desconocida", después de agotar todos los recursos para determinar la edad del fallecido(a). En el caso de que la edad cumplida sea desconocida, pero sí se conoce que vivió HORAS, DÍAS, MESES: llene con 99; en caso de AÑOS con 999 la categoría de edad que corresponda.
- 5.1 **Peso.** Para el caso de los menores de un día especifique el peso en gramos.
6. **CURP DEL FALLECIDO(A).** Esta información es de vital importancia para las posteriores gestiones de registro de la información. Solicítelo a los deudos y cuide su correcto llenado.
7. **ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encontraba la persona de 12 años o más al momento de fallecer. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Si se trata de menores de 12 años, marcar la opción soltero(a).
8. **RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde de manera permanente el fallecido(a) residió durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización. En el rubro LOCALIDAD señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene; ejemplo: Rancho la Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
9. **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que realizaba el fallecido(a). Si no trabajaba, mencione a qué se dedicaba, por ejemplo: rentista, jubilado, estudiante o ama de casa.
10. **ESCOLARIDAD.** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados por el fallecido(a).
11. **INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENCIA.** Considérese "derechohabiente" si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
12. **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que el fallecido(a) sea beneficiario de alguna institución de seguridad social. Auxilíese para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 11.
- 13.1 **Nombre de la unidad médica.** En caso de que la defunción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
15. **FECHA.** Anote con números arábigos el año (los cuatro dígitos), el mes, el día y la hora de ocurrencia.
- 15.1 **Hora de la defunción.** Para anotar la hora, use la escala de 01 a 24. Escriba también los minutos.

Ejemplo: Si ocurrió a las cinco y media de la tarde, anote: 

1	7	3	0
Hora	Minutos		

17. **SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Marque con X la opción "SI" cuando haya sido efectuada la autopsia (necropsia). Esta pregunta es para todas las muertes, tanto por accidente o violencia como por causas naturales.
18. **CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.  
**PARTE I:** Anote en el inciso a) la enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente, asiente ésta en el inciso b), si ésta a su vez fue originada por una tercera, anótelas en el inciso c); si ésta a su vez fue originada por una cuarta, informe esta última en el inciso d).  
 No es estrictamente necesario llenar los renglones b), c) y d) siempre y cuando la causa informada en el inciso a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí misma sea la causa de la muerte, sin necesidad de causas previas.  
**PARTE II:** En esta parte anote alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la **Parte I** a), b), c) o d).  

Ejemplo:	<b>I</b>	a) Peritonitis	2 días
		b) Perforación de duodeno	4 días
		c) Úlcera duodenal	3 años
	<b>II</b>	Hipertensión arterial	5 años
19. **CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN.** No anote nada en este espacio.
20. **SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRIL (de 10 a 54 años).** No omita responder a las preguntas respecto al embarazo. Si se contesta afirmativamente alguna de las opciones de esta pregunta (1 a 4), contestar las preguntas 21 y 22.
- 21 y 22. Se refieren a las causas anotadas en la pregunta 18. Se subraya la diferencia entre cada pregunta. La pregunta 21 hace referencia a que las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo parto o puerperio, mientras que la pregunta 22 corrobora que las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio.
23. **SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Dé aviso a la autoridad civil ya que el médico legista levantará el certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con la información disponible.
- 23.3 **Lugar donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente dado que ésta puede ser diferente a la del sitio donde ocurrió la defunción.
- 23.4 **Violencia familiar.** Si la muerte fue por homicidio, marque con una X la opción correspondiente si el presunto agresor es un miembro de la familia, con el que mantiene (o ha mantenido) una relación de convivencia o parentesco.
- 23.6 Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte. Ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida, sofocación por bolsa de plástico al estar jugando con sus amigos en la escuela, etc. Para el caso de violencia familiar describa el parentesco del presunto responsable con el fallecido(a) (padre, madrastra, concubina, esposo...).
- 23.7 **Sólo en caso de accidente de vehículo de motor.** Anote la calle o avenida, entre que calles, nombre de la colonia, número de kilómetro, nombre de la carretera o camino, del municipio o delegación y de la entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
27. **Datos del certificador.** El certificador no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.
28. **Fecha de certificación.** Anote el día, el mes y año en que se expide este certificado.





**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**

Modelo  
FOLIO  
**00000000**

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

<b>DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO</b>	<b>1. SEXO</b> Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 3	<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> Semanas <input style="width:40px;" type="text"/>	<b>3. PESO</b> Gramos <input style="width:40px;" type="text"/>	<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres y más <input type="radio"/> 3	<b>5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	<b>6. ESTE EMBARAZO FUE</b> Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2	<b>7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ</b> Antes del parto <input type="radio"/> 1 Durante el parto <input type="radio"/> 2	<b>8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b> Día <input style="width:30px;" type="text"/> Mes <input style="width:30px;" type="text"/> Año <input style="width:30px;" type="text"/> : Horas <input style="width:30px;" type="text"/> Minutos <input style="width:30px;" type="text"/>			
	<b>9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b>					
9.1 Calle y número <input style="width:400px;" type="text"/>		9.2 Localidad o Colonia <input style="width:200px;" type="text"/>				
9.3 Municipio o Delegación <input style="width:150px;" type="text"/>		9.4 Entidad Federativa <input style="width:150px;" type="text"/>				
<b>10. LUGAR DE LA EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN</b>						
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6		SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9		Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99		
10.1 Nombre de la unidad médica <input style="width:100px;" type="text"/>						
<b>11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?</b>		<b>12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE</b>		<b>13. SI SE TRATA DE UN PARTO ESTE FUE</b>		
Médico <input type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9		Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutico <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
				<b>14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b>		
				Gestero <input type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Legrado <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Ninguno <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
<b>15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL</b> Anote una sola causa en cada renglón. a), b) o c)						
<b>PARTE I</b> Condición fetal o materna que causó directamente la muerte			<b>16. CAUSA BÁSICA</b> Código CIE-10			
a) Debido a (o como consecuencia de) <input style="width:100px;" type="text"/>			MATERNA <input type="radio"/> 1 FETAL <input type="radio"/> 2			
b) Debido a (o como consecuencia de) <input style="width:100px;" type="text"/>			<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2			
c) <input style="width:100px;" type="text"/>			<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2			
<b>PARTE II</b> Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c)						
<input style="width:100px;" type="text"/>			<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2			
<input style="width:100px;" type="text"/>			<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2			
<b>17. NOMBRE</b>						
Nombre(s) <input style="width:100px;" type="text"/>		Apellido Paterno <input style="width:100px;" type="text"/>		Apellido Materno <input style="width:100px;" type="text"/>		
<b>18. EDAD</b> Años <input style="width:40px;" type="text"/>						
<b>19. ESTADO CIVIL</b>						
Soltera <input type="radio"/> 1 Viuda <input type="radio"/> 2 Divorciada <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casada <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9						
<b>20. RESIDENCIA HABITUAL</b> (anote el domicilio permanente donde vive la madre)						
20.1 Calle y número <input style="width:150px;" type="text"/>		20.2 Localidad o Colonia <input style="width:150px;" type="text"/>				
20.3 Municipio o Delegación <input style="width:150px;" type="text"/>		20.4 Entidad Federativa <input style="width:150px;" type="text"/>				
<b>21. ESCOLARIDAD</b>						
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9						
<b>22. INSTITUCIÓN DE DERECHOBENEFICIA</b>						
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9						
<b>23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN</b> <input style="width:100px;" type="text"/> Se ignora <input type="radio"/> 99						
<b>24. OCUPACIÓN HABITUAL</b> <input style="width:100px;" type="text"/>						
<b>25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO</b>			<b>26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO</b>			
25.1 Nacidos vivos (número): <input style="width:40px;" type="text"/>			Vive <input type="radio"/> 1			
25.2 Nacidos muertos (número): <input style="width:40px;" type="text"/>			Falleció <input type="radio"/> 2			
			Folio del Certificado de Defunción <input style="width:100px;" type="text"/>			
<b>27. DATOS DEL INFORMANTE</b>						
27.1 Nombre <input style="width:100px;" type="text"/>			27.2 Parentesco con el fallecido(a) <input style="width:100px;" type="text"/>			
<b>28. CERTIFICADA POR</b>						
Médico torarista <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3			Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 3			
30.1 Nombre y Firma <input style="width:100px;" type="text"/>			30.2 Domicilio y Teléfono <input style="width:100px;" type="text"/>			
<b>29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b>						
Número de la cédula profesional <input style="width:100px;" type="text"/>						
<b>31. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b>						
Día <input style="width:30px;" type="text"/> Mes <input style="width:30px;" type="text"/> Año <input style="width:30px;" type="text"/>						

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

REMÍTASE ORIGINAL A LA UNIDAD O JURISDICCIÓN SANITARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MÁS CERCANA  
LA PRIMERA COPIA DEBERÁ SER ENVIADA AL INEGI

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

**DEFUNCIÓN FETAL.** Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo. La defunción se señala por el hecho de que el feto no dio manifestaciones de vida como el latido del corazón, respiración, pulsaciones del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado deberá llenarse en original y dos copias.
- Utilice letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.
- Este documento no deberá llevar tachaduras o enmendaduras.
- El certificado de muerte fetal debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud, o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la muerte fetal.
- Para el llenado de este certificado, auxíliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Para las preguntas de opción marque con una X la opción correspondiente a la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos. (1,2,3...9).
- La segunda copia deberá ser entregada a los familiares para que efectúen los trámites de inhumación y cremación. El original y la primera copia deberán ser entregados semanalmente a la oficina de la jurisdicción de la Secretaría de Salud más cercana.

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 2. EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.  
Ejemplo: Si el producto tenía 19 semanas y tres días, anote  $\frac{19}{\text{Semanas}}$ .
- 3. PESO.** Anote en gramos el peso del producto. Ejemplo: Si el producto pesa 450 gramos:  $\frac{0,450}{\text{Gramos}}$ , si pesa 1300 gramos:  $\frac{1,300}{\text{Gramos}}$ . Evite expresar el peso en otra unidad de medida (1 kg. = 1000 gramos)
- 5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL.** Marque si la embarazada recibió cuidados a la salud previos al parto, ya sean por médico, partera o cualquier otro auxiliar.
- 6. ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado, si en su evolución existe alteración en la salud, ya sea de la madre o del producto, y se requiere atención médica para su solución. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia. Para anotar la hora, use el formato de 24 horas.  
Ejemplo: Si ocurrió a las cuatro de la tarde, anote  $\frac{16}{\text{Horas}} : \frac{0}{\text{Minutos}}$
- 9. LUGAR DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Se refiere al lugar donde sucedió la expulsión o extracción del producto; éste puede ser diferente al lugar de residencia habitual de la madre (ver 20).
- 10.1 Nombre de la unidad médica.** En caso de que la expulsión o extracción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
- 12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Resultado de la expulsión o extracción completa del claustro materno de un feto o embrión de menos de 21 semanas de gestación, pudiendo ser:  
**Espontáneo:** Si no se realiza alguna acción para que suceda.  
**Provocado:** Si se realizan maniobras de cualquier clase para que suceda.  
**Terapéutico:** Si se realiza por prescripción médica.
- 13. SI SE TRATA DE UN PARTO, ÉSTE FUE.** Resultado de la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando éste es de 21 semanas o más de gestación.
- 15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón sin omitir marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida al feto o a la madre. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.  
**PARTE I.** Anote en a) la condición fetal o materna que causó la muerte directamente. Si la causa principal fue debida a una causa antecedente asiente ésta en b), si a su vez la causa antecedente fue originada por una tercera, informe ésta última en c).  
**PARTE II.** Anote aquí alguna otra enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I a), b), o c).  
Ejemplo: I. a) Sífilis congénita  
b) Sífilis materna  
c)  
II. Desnutrición de la madre
- 19. ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encuentra la madre. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Las opciones 1 a la 4 se refieren a la categoría de soltera según el Código Civil.
- 20. RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde la madre tuvo su domicilio de manera permanente durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización; en el rubro de LOCALIDAD señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene. Ejemplo: Rancho La Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
- 21. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" una sola opción, según sea el nivel máximo de estudios aprobados.
- 22. INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA.** Considérese "derechohabiente" si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
- 23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que la madre sea beneficiaria de alguna institución de seguridad social. Auxíliese para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 22.
- 24. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que la madre desempeña habitualmente, precisando lo que hace en su trabajo; si no tiene un empleo remunerado mencione a que se dedica. Ejemplo: el hogar, o si es estudiante, rentista, jubilada.
- 25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO.** Del total de embarazos tenidos por la madre anote cuántos hijos nacieron vivos, independientemente de si a la fecha están vivos o no, y cuántos nacieron muertos.
- 26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO.** Anotar si la madre se encuentra viva o falleció como consecuencia de complicaciones del embarazo o del parto. En caso de fallecimiento, anote el número de folio del certificado de defunción.
- 30.1 Datos del certificante.** El certificante no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Modelo  
FOLIO  
00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9	2. EDAD GESTACIONAL Semanas	3. PESO Gramos	4. DE UN EMBARAZO Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres y más <input type="radio"/> 3	5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> 1 Durante el parto <input type="radio"/> 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		
	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número 9.2 Localidad o Colonia 9.3 Municipio o Delegación 9.4 Entidad Federativa					
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	10. LUGAR DE LA EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 10.1 Nombre de la unidad médica				Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico <input type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9	12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutica <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	13. SI SE TRATA DE UN PARTO ESTE FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Cesárea <input type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Logrado <input type="radio"/> 3 Deco <input type="radio"/> 4 Ninguno <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL Anote una sola causa en cada región: a), b) o c) <b>PARTE I</b> Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) Anote en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ <b>PARTE II</b> Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c) _____				16. CAUSA BÁSICA Código CIE-16 Especifique si la causa fue: MATERNA FETAL I.a <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 I.b <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 I.c <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 II.a <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 II.b <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
DATOS DE LA MADRE	17. NOMBRE Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno				18. EDAD Años	
	19. ESTADO CIVIL Soltera <input type="radio"/> 1 Viuda <input type="radio"/> 2 Divorciada <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casada <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	20. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vive la madre) 20.1 Calle y número 20.2 Localidad o Colonia 20.3 Municipio o Delegación 20.4 Entidad Federativa					
	21. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	22. INSTITUCIÓN DE DERECHOAHBIENCIA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN Se ignora <input type="radio"/> 99					
DATOS DEL INFORMANTE	24. OCUPACIÓN HABITUAL		25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO 25.1 Nacidos vivos (número): 25.2 Nacidos muertos (número):		26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO Vive <input type="radio"/> 1 Falleció <input type="radio"/> 2 Folio del Certificado de Defunción	
	27. DATOS DEL INFORMANTE 27.1 Nombre		27.2 Parentesco con el fallecido(s)			
DATOS DEL CERTIFICANTE	28. CERTIFICADA POR Médico titular <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6			29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
	30. DATOS DEL CERTIFICANTE 30.1 Nombre y Firma		30.2 Domicilio y Teléfono		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

REMÍTASE ORIGINAL A LA UNIDAD O JURISDICCIÓN SANITARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MÁS CERCANA  
LA PRIMERA COPIA DEBERÁ SER ENVIADA AL INEGI

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

**DEFUNCIÓN FETAL.** Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, **cualquiera que haya sido la duración del embarazo.** La defunción se señala por el hecho de que el feto no dio manifestaciones de vida como el latido del corazón, respiración, pulsaciones del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado deberá llenarse en original y dos copias.
- Utilice letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.
- Este documento no deberá llevar tachaduras o enmendaduras.
- El certificado de muerte fetal debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud, o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la muerte fetal.
- Para el llenado de este certificado, auxíliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Para las preguntas de opción marque con una X la opción correspondiente a la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos. (1,2,3...9).
- La segunda copia deberá ser entregada a los familiares para que efectúen los trámites de inhumación y cremación. El original y la primera copia deberán ser entregados semanalmente a la oficina de la jurisdicción de la Secretaría de Salud más cercana.

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 2. EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.  
Ejemplo: Si el producto tenía 19 semanas y tres días, anote  $\lfloor \underline{19} \rfloor$ .  
Semanas
- 3. PESO.** Anote en gramos el peso del producto. Ejemplo: Si el producto pesa 450 gramos:  $\lfloor \underline{0} \rfloor \lfloor \underline{4} \rfloor \lfloor \underline{5} \rfloor \lfloor \underline{0} \rfloor$ , si pesa 1300 gramos:  $\lfloor \underline{1} \rfloor \lfloor \underline{3} \rfloor \lfloor \underline{0} \rfloor \lfloor \underline{0} \rfloor$ . Evite expresar el peso en otra unidad de medida (1 kg. = 1000 gramos)  
Gramos
- 5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL.** Marque si la embarazada recibió cuidados a la salud previos al parto, ya sean por médico, partera o cualquier otro auxiliar.
- 6. ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado, si en su evolución existe alteración en la salud, ya sea de la madre o del producto, y se requiere atención médica para su solución. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia. Para anotar la hora, use el formato de 24 horas.  
Ejemplo: Si ocurrió a las cuatro de la tarde, anote  $\lfloor \underline{1} \rfloor \lfloor \underline{6} \rfloor \lfloor \underline{0} \rfloor \lfloor \underline{0} \rfloor$ .  
Horas Minutos
- 9. LUGAR DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Se refiere al lugar donde sucedió la expulsión o extracción del producto; éste puede ser diferente al lugar de residencia habitual de la madre (ver 20).
- 10.1 Nombre de la unidad médica.** En caso de que la expulsión o extracción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
- 12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Resultado de la expulsión o extracción completa del clastro materno de un feto o embrión de menos de 21 semanas de gestación, pudiendo ser:  
**Espontáneo:** Si no se realiza alguna acción para que suceda.  
**Provocado:** Si se realizan maniobras de cualquier clase para que suceda.  
**Terapéutico:** Si se realiza por prescripción médica.
- 13. SI SE TRATA DE UN PARTO, ÉSTE FUE.** Resultado de la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando éste es de 21 semanas o más de gestación.
- 15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón sin omitir marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida al feto o a la madre. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.  
**PARTE I.** Anote en a) la condición fetal o materna que causó la muerte directamente. Si la causa principal fue debida a una causa antecedente asiente ésta en b), si a su vez la causa antecedente fue originada por una tercera, informe ésta última en c).  
**PARTE II.** Anote aquí alguna otra enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I a), b), o c).  
Ejemplo: I. a) Sífilis congénita  
b) Sífilis materna  
c)  
II. Desnutrición de la madre
- 19. ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encuentra la madre. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Las opciones 1 a la 4 se refieren a la categoría de soltera según el Código Civil.
- 20. RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde la madre tuvo su domicilio de manera permanente durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización; en el rubro de LOCALIDAD señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene. Ejemplo: Rancho La Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
- 21. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" una sola opción, según sea el nivel máximo de estudios aprobados.
- 22. INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA.** Considérese "derechohabiente" si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
- 23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que la madre sea beneficiaria de alguna institución de seguridad social. Auxíliese para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 22.
- 24. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que la madre desempeña habitualmente, precisando lo que hace en su trabajo; si no tiene un empleo remunerado mencione a que se dedica. Ejemplo: el hogar, o si es estudiante, rentista, jubilada.
- 25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO.** Del total de embarazos tenidos por la madre anote cuántos hijos nacieron vivos, independientemente de si a la fecha estén vivos o no, y cuántos nacieron muertos.
- 26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO.** Anotar si la madre se encuentra viva o falleció como consecuencia de complicaciones del embarazo o del parto. En caso de fallecimiento, anote el número de folio del certificado de defunción.
- 30.1 Datos del certificante.** El certificante no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Modelo  
FOLIO  
00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9		2. EDAD GESTACIONAL Semanas		3. PESO Gramos		4. DE UN EMBARAZO Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Trea y más <input type="radio"/> 3			5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> 1 Durante el parto <input type="radio"/> 2			8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Horas Minutos											
	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número 9.2 Localidad o Colonia 9.3 Municipio o Delegación 9.4 Entidad Federativa																
DATOS DE LA MUERTE FETAL	10. LUGAR DE LA EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 10.1 Nombre de la unidad médica						11. ¿QUÉ ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico <input type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Parto <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9					12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutica <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. SI SE TRATA DE UN PARTO ESTE FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Cesárea <input type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Legrado <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Ninguno <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón. a), b) o c) PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) PARTE II Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c)						16. CAUSA BÁSICA Código CIE-10 Especifique si la causa fue: MATERNA FETAL I.a <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 I.b <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 I.c <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 II.a <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 II.b <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2										
	17. NOMBRE Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno																
DATOS DE LA MADRE	18. EDAD Años																
	19. ESTADO CIVIL Soltera <input type="radio"/> 1 Viuda <input type="radio"/> 2 Divorciada <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casada <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9																
	20. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vive la madre) 20.1 Calle y número 20.2 Localidad o Colonia 20.3 Municipio o Delegación 20.4 Entidad Federativa																
	21. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9																
	22. INSTITUCIÓN DE DERECHOAHBIENCIA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9																
DATOS DEL INFORMANTE	23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN Se ignora <input type="radio"/> 99																
	24. OCUPACIÓN HABITUAL				25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO 25.1 Nacidos vivos (número): 25.2 Nacidos muertos (número):				26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO Vive <input type="radio"/> 1 Falleció <input type="radio"/> 2 Folio del Certificado de Defunción								
	27. DATOS DEL INFORMANTE 27.1 Nombre						27.2 Parentesco con el fallecido(s)										
DATOS DEL CERTIFICANTE	28. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6						29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional										
	30. DATOS DEL CERTIFICANTE 30.1 Nombre y Firma						30.2 Domicilio y Teléfono		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año								

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

REMÍTASE ORIGINAL A LA UNIDAD O JURISDICCIÓN SANITARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MÁS CERCANA  
LA PRIMERA COPIA DEBERÁ SER ENVIADA AL INEGI

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

**DEFUNCIÓN FETAL.** Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo. La defunción se señala por el hecho de que el feto no dio manifestaciones de vida como el latido del corazón, respiración, pulsaciones del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado deberá llenarse en original y dos copias.
- Utilice letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.
- Este documento no deberá llevar tachaduras o enmendaduras.
- El certificado de muerte fetal debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud, o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la muerte fetal.
- Para el llenado de este certificado, auxiliarse con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Para las preguntas de opción marque con una X la opción correspondiente a la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos. (1,2,3...9).
- La segunda copia deberá ser entregada a los familiares para que efectúen los trámites de inhumación y cremación. El original y la primera copia deberán ser entregados semanalmente a la oficina de la jurisdicción de la Secretaría de Salud más cercana.

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 2. EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.  
Ejemplo: Si el producto tenía 19 semanas y tres días, anote  $\left[ \begin{array}{c} 19 \\ \text{Semanas} \end{array} \right]$ .
- 3. PESO.** Anote en gramos el peso del producto. Ejemplo: Si el producto pesa 450 gramos:  $\left[ \begin{array}{c} 450 \\ \text{Gramos} \end{array} \right]$ , si pesa 1300 gramos:  $\left[ \begin{array}{c} 1300 \\ \text{Gramos} \end{array} \right]$ . Evite expresar el peso en otra unidad de medida (1 kg. = 1000 gramos)
- 5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL.** Marque si la embarazada recibió cuidados a la salud previos al parto, ya sean por médico, partera o cualquier otro auxiliar.
- 6. ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado, si en su evolución existe alteración en la salud, ya sea de la madre o del producto, y se requiere atención médica para su solución. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia. Para anotar la hora, use el formato de 24 horas.  
Ejemplo: Si ocurrió a las cuatro de la tarde, anote  $\left[ \begin{array}{c} 16 \\ \text{Horas} \end{array} \right] ; \left[ \begin{array}{c} 00 \\ \text{Minutos} \end{array} \right]$
- 9. LUGAR DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Se refiere al lugar donde sucedió la expulsión o extracción del producto; éste puede ser diferente al lugar de residencia habitual de la madre (ver 20).
- 10.1 Nombre de la unidad médica.** En caso de que la expulsión o extracción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
- 12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Resultado de la expulsión o extracción completa del claustro materno de un feto o embrión de menos de 21 semanas de gestación, pudiendo ser:  
**Espontáneo:** Si no se realiza alguna acción para que suceda.  
**Provocado:** Si se realizan maniobras de cualquier clase para que suceda.  
**Terapéutico:** Si se realiza por prescripción médica.
- 13. SI SE TRATA DE UN PARTO, ÉSTE FUE.** Resultado de la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando éste es de 21 semanas o más de gestación.
- 15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón sin omitir marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida al feto o a la madre. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.  
**PARTE I.** Anote en a) la condición fetal o materna que causó la muerte directamente. Si la causa principal fue debida a una causa antecedente asiente ésta en b), si a su vez la causa antecedente fue originada por una tercera, informe ésta última en c).  
**PARTE II.** Anote aquí alguna otra enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I a), b), o c).  
Ejemplo: I. a) Sífilis congénita  
b) Sífilis materna  
c)  
II. Desnutrición de la madre
- 19. ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encuentra la madre. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Las opciones 1 a la 4 se refieren a la categoría de soltera según el Código Civil.
- 20. RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde la madre tuvo su domicilio de manera permanente durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización; en el rubro de LOCALIDAD señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene. Ejemplo: Rancho La Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
- 21. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" una sola opción, según sea el nivel máximo de estudios aprobados.
- 22. INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA.** Considérese "derechohabiente" si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
- 23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que la madre sea beneficiaria de alguna institución de seguridad social. Auxiliarse para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 22.
- 24. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que la madre desempeña habitualmente, precisando lo que hace en su trabajo; si no tiene un empleo remunerado mencione a que se dedica. Ejemplo: el hogar, o si es estudiante, rentista, jubilada.
- 25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO.** Del total de embarazos tenidos por la madre anote cuántos hijos nacieron vivos, independientemente de si a la fecha están vivos o no, y cuántos nacieron muertos.
- 26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO.** Anotar si la madre se encuentra viva o falleció como consecuencia de complicaciones del embarazo o del parto. En caso de fallecimiento, anote el número de folio del certificado de defunción.
- 30.1 Datos del certificador.** El certificador no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.