

DOF: 28/12/2021

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

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

CONSIDERANDO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

ANEXO 1 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



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

FOLIO
999999999

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

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

999999999

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser otorgado por una (un) médico de preferencia por el instante en que hizo o otorgó a última instancia en el que haya existido el fallecimiento. En lugares donde no haya médicos, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSES-2012 en el numeral 19.7.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción que se registra en el registro civil.
- Para el llenado de este Certificado se utilizan los datos que el médico tiene en su poder, como agente responsable de la defunción, sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica, recabar el expediente clínico para obtener (o cotabear) la información.
- Llene en inglés y tres copias, entregue a los familiares al originario 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 registrar la información de mortalidad de Sector Salud y posteriormente registrarse en el expediente clínico de la (el) fallecido(a). Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un paquete no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escrita con tinta negra o azul, en letra clara y legible, usando letra de molde, letra y calibre a ser mácula de carácter no uso mecanográfico.
- Escrita sobre una superficie plana y lisa, presentando el escrito por los lados de las copias, verificando que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de formas se utilice un tipo de letra 12 o 14.
- En los campos de Fecha e Años de registro es día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito. Ejemplo para 5 de marzo de 2019: Años: (2)0(1)9. Día: (0)5. Mes: (0)3. Registre los datos de forma completa, llenando con "nueves" los espacios de información desconocida, excepto si solo se conoce el día del nacimiento (2012), ejemplo: 9 999 2010.
- Marque con una "X" el círculo de "Beligeros" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, siempre que se desconoce la información y se puede recuperar los datos correspondientes.
- Para los nombres los datos de apellido (patronímico) se debe registrar en el espacio correspondiente al fin.
- Para los nombres los datos de nombre (p.ej. Colón, Amador, Gómez, Carabón, Diago, Calzadilla, Durán, Ramírez). Anote en la cédula "Nina" cuando se haya un niño o niña a registrar (21 PA, 22) tipo de nacimiento (matrimonio, cotitular, fuera de matrimonio, huérfano, hijo de madre o hijo de familia) Habitación, Nombre del padre (madrado), Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite usar "familiaridad" como "padre".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual de Llenado de Certificado de Defunción y Muerte Fatal.
- Este documento no contiene T.L.U. o SVAIAS y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A)**. Anote el nombre completo tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que la (el) fallecido(a) sea una (una) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escriba "Bebido Nacido" en el lugar del nombre y anote el primer apellido y el segundo apellido de la madre. En caso de que los medios para la identificación de la persona, dejar en blanco los espacios correspondientes y marcar la opción "Persona desconocida".
- ENTIDAD DE NACIMIENTO**. Anote el nombre de la entidad federativa donde nació la (el) fallecido(a). Si nació en el extranjero, anote el nombre del país en el respectivo espacio "Entidad de nacimiento".
- ¿SE RECONOCE COMO AFRODESCENDIENTE?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) sea reconocido como afrodescendiente.
- ¿SE CONSIDERA BIEN IDENTIFICADO?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) se reconoce como indígena de acuerdo a la cultura.
- ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como nativa, lengua o idioma de español. Para casos de personas de 6 años, preguntar si alguna de los padres se suma como indio que habla e indio que habla e indio, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
- EDAD CUMPLIDA**. Registre la edad completa y los meses en los que anda en caso de haber espacios vacíos. Cuando la edad cumpla los años desconocida, poner "nueves" se conoce que la (el) fallecido(a) es ANOS, MESES, DIAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, excepto para personas de 6 años desde el lugar para años cumplidos (6, 9, 3). Marque la opción "Se ignora" después de anotar todos los datos para determinar la edad.
Para menores de 20 días de nacido(a): 00, 3. X en el "Edad del Certificado de Nacimiento". Para un (una) niño (a) los meses y días del nacimiento (p.ej. 3 meses 9 días).
- SITUACIÓN CONYUGAL**. Marque con una "X" la opción que corresponde de acuerdo a su estado civil. Marque con "nueves" los espacios vacíos.
- RESIDENCIA HABITUAL**. Anote el caso de compra de la vivienda de donde se falleció (actualmente la (el) fallecido(a)). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- ESCOLARIDAD**. Anote la escolaridad más alta que alcanzó la (el) fallecido(a) y marque con una "X" la opción que corresponde al nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) en el lugar para años cumplidos (6, 9, 3). Marque la opción "Se ignora" después de anotar todos los datos para determinar la edad.
Para menores de 20 días de nacido(a): 00, 3. X en el "Edad del Certificado de Nacimiento". Para un (una) niño (a) los meses y días del nacimiento (p.ej. 3 meses 9 días).
- OCCUPACIÓN HABITUAL**. Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero, maestro, etc. En el 14.º espacio la opción "SI" cuando la (el) fallecido(a) concurra con un trabajo remunerado en un negocio, comercio o por su cuenta, remuneración o ganancia de cualquier tipo con ingresos. Marque "SI" cuando la (el) fallecido(a) se dedicara a cualquier actividad de hogar o al cuidado de los hijos, nietos, 2. estudiar, jubilado, rentista, etc. No aplica para menores de 6 años.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD**. Marque con una "X" la opción de la que se está afiliado en la actualidad. Marque "ninguna" cuando no tiene la información suficiente que se le informó de forma suficiente de los servicios de salud.
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE**. La firma de la (el) informante debe estar otorgada por las (las) partes y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado original y sus copias.
- SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**. Especificar el lugar donde ocurrió la defunción. Si éste ocurrió en una unidad médica o clínica anote el nombre de la misma en el 17.º y 18.º espacio (Ejemplo: Hospital General de México). (U-11-3)
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN**. Para el registro de la fecha, anotar los datos en una granada. Para la hora de la muerte del hecho, anotar en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, excepto si la defunción ocurrió a las 0 de la tarde con 0 minutos, anote (1)7(0)0.
- TIPO DE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA**. Marque las causas de la defunción que se aplican en los cuadros de la siguiente tabla.
- CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN**. Anote en la sola causa en cada renglón, dejar el espacio de tiempo reservado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el espacio para "Una o varias causas no identificadas".

PARTE I. Causa de la defunción: Anotar en cada renglón, de acuerdo a los cuadros de la siguiente tabla, la causa de la defunción que se aplicó. Dejar en blanco el espacio para "Una o varias causas no identificadas".

PARTE II. Causas de la defunción: Anotar en cada renglón, de acuerdo a los cuadros de la siguiente tabla, la causa de la defunción que se aplicó. Dejar en blanco el espacio para "Una o varias causas no identificadas".

TIPO DE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA	Indicar si se trata de una defunción accidental o violenta, de acuerdo a la siguiente tabla:	Indicar el periodo entre el inicio de la enfermedad y la defunción, de acuerdo a la siguiente tabla:
PARTE I. Causa de la defunción:	<p>1) Defunción por causas naturales</p> <p>2) Defunción por causas externas</p> <p>3) Defunción por causas naturales y externas</p> <p>4) Defunción por causas naturales y externas (definida)</p> <p>5) Defunción por causas naturales y externas (definida)</p>	<p>6) 2 días</p> <p>7) 4 días</p> <p>8) 3 años</p>
PARTE II. Causas de la defunción:	<p>9) Hipertensión arterial, 6 años</p> <p>(El tiempo de tiempo puede ser de un mes, un año, o más)</p>	<p>9) Defunción por causas naturales y externas</p>

- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Este pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 34 AÑOS**. Para un (una) niño debe elegirse en los cuadros "Marque en 28.1 una de las opciones de la tabla. Si no se conoce registrar los siguientes 28.2 y 28.3.
- LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)**. Especificar la opción correspondiente, dejarla en blanco si se desconoce la información.
- RELACION DE LA (DEL) PRESUNTIVO AGRESOR(AS) CON LA (EL) FALLECIDO(A)**. Anote la relación que tenía la (el) presunto agresor(es) con la (el) fallecido(a). Si la defunción es una presunta homicida, anote el paréntesis con el (el) fallecido de la (el) presunto agresor(es), ejemplo: esposo(a), padre, madre, carnal, etc. En caso de no ser un agresor, anote "Ninguno".
- DESCRIBIR BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVO EN QUE SE PRODUJO LA CAUSA EXTERNA**. Describe brevemente la situación que condujo a la muerte en caso de que la lesión del presunto agresor, homicida o suicidio, ejemplo: cuando el secuestrador le disparó a la defunción por un rescate de \$1,234,567.89.
- DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)**. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto agresor, homicida o suicidio. En caso de no ser conocido, anote "Se desconoce" o "Ninguno", ejemplo: "Ninguno".
- DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE**. Anote el nombre completo de la (el) certificante, la (el) como se conoce, su número de identificación profesional, su profesión, la firma de la (el) certificante es de carácter original, ser autógrafo y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y copias).
- FECHA DE CERTIFICACIÓN**. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, reservar el espacio de tiempo reservado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el espacio para "Una o varias causas no identificadas".

ANEXO I
 INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA MÁS INFORMACIÓN: SECTOR SALUD, INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES Y ESTADÍSTICAS EN SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL Y DEFUNCIÓN, AV. INSURGENTES SUR 1485, SECTOR SALUD, CDMX 06702
 TEL: 56 23 81 21 11



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. NOMBRE DE LA PERSONA MUERTA		2. SEXO		3. EDAD		4. RESIDENCIA (CALLE Y NÚMERO)	
5. IDENTIFICACION		6. TIPO DE DEFUNCIÓN		7. TIPO DE DEFUNCIÓN		8. TIPO DE DEFUNCIÓN	
9. TIPO DE DEFUNCIÓN		10. TIPO DE DEFUNCIÓN		11. TIPO DE DEFUNCIÓN		12. TIPO DE DEFUNCIÓN	
13. TIPO DE DEFUNCIÓN		14. TIPO DE DEFUNCIÓN		15. TIPO DE DEFUNCIÓN		16. TIPO DE DEFUNCIÓN	
17. TIPO DE DEFUNCIÓN		18. TIPO DE DEFUNCIÓN		19. TIPO DE DEFUNCIÓN		20. TIPO DE DEFUNCIÓN	
21. TIPO DE DEFUNCIÓN		22. TIPO DE DEFUNCIÓN		23. TIPO DE DEFUNCIÓN		24. TIPO DE DEFUNCIÓN	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN		26. TIPO DE DEFUNCIÓN		27. TIPO DE DEFUNCIÓN		28. TIPO DE DEFUNCIÓN	
29. TIPO DE DEFUNCIÓN		30. TIPO DE DEFUNCIÓN		31. TIPO DE DEFUNCIÓN		32. TIPO DE DEFUNCIÓN	
33. TIPO DE DEFUNCIÓN		34. TIPO DE DEFUNCIÓN		35. TIPO DE DEFUNCIÓN		36. TIPO DE DEFUNCIÓN	
37. TIPO DE DEFUNCIÓN		38. TIPO DE DEFUNCIÓN		39. TIPO DE DEFUNCIÓN		40. TIPO DE DEFUNCIÓN	
41. TIPO DE DEFUNCIÓN		42. TIPO DE DEFUNCIÓN		43. TIPO DE DEFUNCIÓN		44. TIPO DE DEFUNCIÓN	
45. TIPO DE DEFUNCIÓN		46. TIPO DE DEFUNCIÓN		47. TIPO DE DEFUNCIÓN		48. TIPO DE DEFUNCIÓN	
49. TIPO DE DEFUNCIÓN		50. TIPO DE DEFUNCIÓN		51. TIPO DE DEFUNCIÓN		52. TIPO DE DEFUNCIÓN	
53. TIPO DE DEFUNCIÓN		54. TIPO DE DEFUNCIÓN		55. TIPO DE DEFUNCIÓN		56. TIPO DE DEFUNCIÓN	
57. TIPO DE DEFUNCIÓN		58. TIPO DE DEFUNCIÓN		59. TIPO DE DEFUNCIÓN		60. TIPO DE DEFUNCIÓN	
61. TIPO DE DEFUNCIÓN		62. TIPO DE DEFUNCIÓN		63. TIPO DE DEFUNCIÓN		64. TIPO DE DEFUNCIÓN	
65. TIPO DE DEFUNCIÓN		66. TIPO DE DEFUNCIÓN		67. TIPO DE DEFUNCIÓN		68. TIPO DE DEFUNCIÓN	
69. TIPO DE DEFUNCIÓN		70. TIPO DE DEFUNCIÓN		71. TIPO DE DEFUNCIÓN		72. TIPO DE DEFUNCIÓN	
73. TIPO DE DEFUNCIÓN		74. TIPO DE DEFUNCIÓN		75. TIPO DE DEFUNCIÓN		76. TIPO DE DEFUNCIÓN	
77. TIPO DE DEFUNCIÓN		78. TIPO DE DEFUNCIÓN		79. TIPO DE DEFUNCIÓN		80. TIPO DE DEFUNCIÓN	
81. TIPO DE DEFUNCIÓN		82. TIPO DE DEFUNCIÓN		83. TIPO DE DEFUNCIÓN		84. TIPO DE DEFUNCIÓN	
85. TIPO DE DEFUNCIÓN		86. TIPO DE DEFUNCIÓN		87. TIPO DE DEFUNCIÓN		88. TIPO DE DEFUNCIÓN	
89. TIPO DE DEFUNCIÓN		90. TIPO DE DEFUNCIÓN		91. TIPO DE DEFUNCIÓN		92. TIPO DE DEFUNCIÓN	
93. TIPO DE DEFUNCIÓN		94. TIPO DE DEFUNCIÓN		95. TIPO DE DEFUNCIÓN		96. TIPO DE DEFUNCIÓN	
97. TIPO DE DEFUNCIÓN		98. TIPO DE DEFUNCIÓN		99. TIPO DE DEFUNCIÓN		100. TIPO DE DEFUNCIÓN	



999999999

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (BOS) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE LA RED DEL PALLERIANO

1. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		2. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		3. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
4. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		5. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		6. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
7. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		8. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		9. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
10. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		11. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		12. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
13. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		14. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		15. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
16. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		17. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		18. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
19. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		20. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		21. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
22. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		23. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		24. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
25. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		26. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		27. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
28. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		29. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		30. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
31. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		32. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		33. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
34. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		35. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		36. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
37. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		38. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		39. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
40. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		41. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		42. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
43. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		44. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		45. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
46. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		47. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		48. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
49. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		50. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		51. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
52. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		53. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		54. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
55. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		56. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		57. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
58. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		59. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		60. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
61. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		62. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		63. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
64. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		65. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		66. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
67. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		68. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		69. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
70. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		71. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		72. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
73. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		74. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		75. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
76. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		77. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		78. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
79. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		80. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		81. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
82. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		83. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		84. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
85. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		86. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		87. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
88. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		89. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		90. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
89. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		90. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		91. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
90. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		91. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		92. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
91. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		92. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		93. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
92. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		93. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		94. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
93. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		94. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		95. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
94. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		95. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		96. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
95. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		96. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		97. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
96. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		97. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		98. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
97. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		98. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		99. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	
98. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		99. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL		100. IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL	



999999999

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

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

FOLIO
999999999

1. NOMBRE DE LA DEFUNCIÓN

1.1 NOMBRE DE LA DEFUNCIÓN:
1.2 SEXO: Masculino Femenino

2. FECHA DE NACIMIENTO

2.1 FECHA DE NACIMIENTO: 2.2 LUGAR DE NACIMIENTO:

3. CLASIFICACIÓN

3.1 CLASIFICACIÓN DEL CIE-10: 3.2 CLASIFICACIÓN DEL ICD-9-CM:

4. AUSENTA O PRESENTE

4.1 AUSENTA O PRESENTE: Ausente Presente

5. IDENTIFICACIÓN

5.1 IDENTIFICACIÓN: 5.2 IDENTIFICACIÓN:

6. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

6.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

7. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

7.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

8. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

8.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

9. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

9.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

10. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

10.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

11. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

11.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

12. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

12.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

13. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

13.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

14. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

14.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

15. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

15.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

16. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

16.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

17. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

17.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

18. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

18.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

19. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

19.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

20. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

20.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

21. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

21.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

22. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

22.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

23. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

23.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

24. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

24.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

25. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

25.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

26. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

26.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

27. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

27.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

28. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

28.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

29. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

29.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

30. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

30.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

31. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

31.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

32. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

32.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

33. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

33.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

34. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

34.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

35. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

35.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

36. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

36.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

37. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

37.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

38. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

38.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

39. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

39.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

40. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

40.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

41. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

41.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

42. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

42.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

43. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

43.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

44. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

44.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

45. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

45.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

46. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

46.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

47. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

47.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

48. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

48.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

49. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

49.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

50. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

50.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

51. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

51.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

52. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

52.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

53. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

53.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

54. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

54.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

55. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

55.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

56. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

56.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

57. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

57.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

58. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

58.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

59. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

59.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

60. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

60.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

61. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

61.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

62. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

62.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

63. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

63.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

64. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

64.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

65. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

65.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

66. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

66.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

67. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

67.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

68. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

68.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

69. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

69.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

70. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

70.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

71. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

71.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

72. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

72.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

73. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

73.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

74. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

74.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

75. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

75.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

76. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

76.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

77. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

77.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

78. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

78.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

79. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

79.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

80. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

80.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

81. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

81.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

82. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

82.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

83. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

83.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

84. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

84.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

85. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

85.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

86. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

86.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

87. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

87.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

88. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

88.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

89. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

89.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

90. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

90.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

91. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

91.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

92. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

92.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

93. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

93.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

94. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

94.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

95. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

95.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

96. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

96.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

97. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

97.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

98. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

98.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

99. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

99.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

100. IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

100.1 IDENTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN:

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

**19. LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA. EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRE-
TARÍA DE SALUD EN UN PLAZO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EMISSION. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN PODER
DE SUJETOS DELIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE LOS EMPLEADOS**

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por una jurisdicción de competencia judicial, el que haya otorgado la última resolución a la que haya acudido el fallecido. En lugares donde no haya medicina, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo al NOM-035-S543-2012 en el numeral 12.27 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridos los siguientes 40 días después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado se debe con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de la defunción y debe sustentarse por los datos que se expresen en el expediente clínico en una unidad médica, o en el expediente clínico de la unidad médica que emitió la defunción.
- La copia original del expediente clínico, la copia de los antecedentes de vida del fallecido y los antecedentes de vida del fallecido, deben ser entregados al Ado de Defunción. La información debe constar en la unidad médica que emitió la defunción para que se la información se mantenga en la Secretaría de Salud y poderse realizar el registro en el expediente clínico de la unidad médica. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la jurisdicción que emitió el certificado está obligada a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no en lápiz) usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme cuidadosamente a escribir para legibilidad de los datos. Verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de no tener los datos de los números 10, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo de la(s) persona(s) del Estado de Hidalgo. Para el caso de que se trate de un menor de edad, anotar el nombre y el apellido materno, así como el nombre y el apellido paterno. En el caso de que se trate de un menor de edad, anotar el nombre y el apellido materno, así como el nombre y el apellido paterno. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) no pertenece a ninguna de las categorías anteriores.
2. ENTIDAD DE ORIGEN. Anote la entidad de origen del fallecido(a) dando a conocer el nombre de la(s) entidad(es) de origen. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) no pertenece a ninguna de las entidades de origen.
3. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFRO-CARIBEANA(O)? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) se auto-reconociera como afro-caribeño(a).
4. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) se reconociera como indígena de acuerdo a su cultura.
5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la (el) fallecido(a) hablara alguna lengua indígena. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena que no se encuentre en el listado de lenguas indígenas.
6. ¿CUMPLÍA CON LOS REQUISITOS PARA SER REGISTRADO(A) EN EL REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido(a) cumpliera con los requisitos para ser registrado(a) en el Registro Civil de Defunción. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) no cumplía con los requisitos para ser registrado(a) en el Registro Civil de Defunción.
7. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente la (el) fallecido(a). Si esta corresponde a un palacio real, anotar el nombre de la (del) Realidad y el número de la casa.
8. ESCOLARIDAD. Esta pregunta aplica a los fallecidos de 6 años y más. Marque con una "X" la opción que mejor describa el nivel máximo de estudios de la (el) fallecido(a) y anote la(s) institución(es) de enseñanza que cursó.
9. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación habitual, profesión, oficio, industria, comercio, etc. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) no se encuentra en ninguna de las opciones anteriores.
10. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. Anote la fecha y hora de la defunción. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) no se encuentra en ninguna de las opciones anteriores.
11. TIPO DE DEFUNCIÓN. Anote la causa de la defunción. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) no se encuentra en ninguna de las opciones anteriores.
12. TIPO DE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Marque con una "X" la opción "SI" si el fallecido(a) falleció como resultado de una lesión accidental o violenta.
13. TIPO DE DEFUNCIÓN. Anote la causa de la defunción. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) no se encuentra en ninguna de las opciones anteriores.
14. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. Anote una o más causas en cada renglón, en orden de importancia, en el momento de la defunción. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) no se encuentra en ninguna de las opciones anteriores.

NOTA: Este certificado debe ser expedido por una jurisdicción de competencia judicial, el que haya otorgado la última resolución a la que haya acudido el fallecido. En lugares donde no haya medicina, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.

SITUACIÓN DE LA DEFUNCIÓN (Marcar una sola opción en cada renglón. Una sola opción debe ser siempre seleccionada, además de)	Plazo de entrega original del certificado por el defuntado	Plazo de entrega original del certificado por el defuntado
PARTES I. Fallecimiento natural o cualquier otra causa de defunción (seleccione una sola opción)	2 días	10 días
PARTES II. Fallecimiento por causas de defunción (seleccione una sola opción)	4 días	10 días
PARTES III. Fallecimiento por causas de defunción (seleccione una sola opción)	3 días	10 días

15. ¿SE PRACCIÓN NECROPSIA? Esta pregunta aplica para toda defunción, sea por causas naturales o por causas externas (accidente o violencia).
16. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS, ¿ES UN MUJER QUE SUFRIÓ UN ABORTO? Marque con una "X" la opción "SI" si el fallecido(a) fue una mujer que sufrió un aborto.
17. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA). Especificar la dirección completa de la vivienda donde ocurrió la lesión.
18. RELACION DE LA (DEL) PRESUNTIVO AGRESOR CON LA (EL) FALLECIDO(A). Anote la relación que tenía la (el) presuntivo agresor con la (el) fallecido(a). Si la defunción es un presunto homicidio, escribir el parentesco con la (el) fallecido(a) de la (el) presuntivo agresor, así como, esposa, padre, madre, hermano, etc.
19. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIAS O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA CAUSA EXTERNA. Describa brevemente la situación que se presentó en el momento de la defunción, circunstancias, tiempo y lugar de la defunción, así como el parentesco con la (el) fallecido(a).
20. Domicilio donde ocurrió la lesión (ACCIDENTAL O VIOLENTA). Anote la dirección completa de la vivienda donde ocurrió la lesión.
21. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. Anote el nombre y el número de la casa y el número de la vivienda donde ocurrió la lesión.
22. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote la fecha y hora de expedición del Certificado de Defunción. Marque con una "X" la opción "OTRO" si el fallecido(a) no se encuentra en ninguna de las opciones anteriores.

NOTA: Este certificado debe ser expedido por una jurisdicción de competencia judicial, el que haya otorgado la última resolución a la que haya acudido el fallecido. En lugares donde no haya medicina, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.

VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL



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

FOLIO
999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Formulario de registro de muerte fetal con secciones: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO (1-5), DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO DEL PADRE (6-11), DATOS DE LA MUERTE FETAL (12-16), DATOS DE LA MADRE O GESTANTE (17-26), DATOS DE LA MUERTE FETAL (27-31), DATOS DE LA MADRE O GESTANTE (32-37), DATOS DE LA MUERTE FETAL (38-41), DATOS DE LA MADRE O GESTANTE (42-43).

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



999999999

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, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un(a) médico(a), preferentemente por la (de) que atendió la expulsión o extracción... para productos a partir de 22 semanas de gestación...
Para el llenado de este Certificado, auxilíense con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar...
Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir...
Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para la legibilidad de las copias...
En los campos de Fecha, o donde se registra el día, mes y año...
Para las preguntas con opciones que tienen "X" (además) se debe explicar de forma clara la información que se solicita...
Para los domicilios anote: Tipo de vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Paseo, Boulevard), Nombre de la vía (ej. Eje, Eje 5, B, B3) e inicial si aplica (ej. 21, 2A, 55), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía, y Entidad Federativa...
Este documento no contiene "FE DE ERRATAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación antes al momento de la extracción o expulsión del producto.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto...
4. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal...
5. ESTE EMBARAZO FUE. Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto...
7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO. Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción...
7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Esta pregunta aplica para toda muerte fetal...
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Anote la hora de la ocurrencia del hecho...
9. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción...
12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Seleccione el procedimiento empleado...
13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Anote una "X" en la opción "SI" en caso de existir evidencia de violencia doméstica...
16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE. La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio...
17. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada renglón...
PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre o gestante que produjo directamente a muerte...
PARTE II. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la madre/gestante o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal...

Table with 4 columns: Causa de muerte fetal, Descripción, Símbolo, Código CIE. Rows include Hemorragia intraventricular, Rigidez Intoxemática, Infección placentaria, Hipertensión gestacional, and Tabaquismo.

- 22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afrodescendiente.
23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
28. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante...
30. ESCOLARIDAD. Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante...
31. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal...
32. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante...
34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO). Anote el número de hijas/os que ha tenido la madre o gestante...
35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado...
36-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo (la) identifique...
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado...

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(ILLENSE PARA PRODUCTOS A PARTIR DE 22 SEMANAS DE GESTACION)

999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Form with multiple sections: 1. SEXO, 2. EDAD, 3. PESO, 4. DE UN EMBARAZO, 5. ATENCION PRENATAL, 6. SITIO DONDE SUCEDE LA EXPULSION O EXTRACCION, 7. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSION O EXTRACCION, 17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL, 19. NOMBRE, 21. ESTADO DE NACIMIENTO, 25. CURP, 27. EDAD (MATERNA), 29. ESCOLARIDAD, 31. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD, 33. NIVEL DE INSTRUCCION, 35. OBTENIDA POR, 36. NOMBRE, 37. DOMICILIO, 40. FECHA DE CERTIFICACION.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROMA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PERMISO DE INMUMACION...
LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE DATOS PERSONALES...



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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFINICIÓN FETAL (FETO MORTIATO): ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCION ANTES DE SU EXPULSION O SU EXTRACCION CON FUERZA DEL CUERPO DE LA MADRE INDEPENDIEMENTE DE LA DURACION DEL EMBARAZO; LA MUERTE ASÍTA, INDICADA POR EL LUGAR DEL DESPLIEGUE DE LA SANGRACION, LA UNIDAD MEDICA DONDE ALISTIÓ, EL AMBIENTE DONDE OCURRIÓ LA MUERTE (COMO EL ESTADO DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MIÉMBROS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES.

- Deberá completarse un formulario por cada hijo que aliente, a cualquier situación, para productos de más de 22 semanas de gestación (los que se certifica productos de 21 son niñas y niños, si los padres desearon los restos para fines de autopsia). En los lugares donde no haya médico, puede ser expedido por una persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para la expedición del Certificado, se debe contar con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una Unidad Médica, se debe expedir el certificado o lista de fallecidos a gestante para obtener la certificación (formación).
- Llene en original y tres copias, **ninguna** en folio libre, el original y las tres primeras copias con la **Identificación** de la Unidad Médica. Registre cada caso en una ficha por cada información o denuncia. La tercera copia debe conservarse en la Unidad Médica que certificará la muerte fetal para registrar la información de mortalidad de la Secretaría de Salud y poder consultarla posteriormente en el espacio electrónico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una Unidad Médica, la (el) certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escribir en la tercera copia en alfabeto latino, con letra clara y legible, a cualquier idioma de destino, los datos que se solicitan en el formulario, en números, en dígitos, salvo los de denominación.
- Escribir sobre una superficie plana y firme, preferencialmente en el reverso de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice ceros (0, 2, 4, 8).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es día, mes y año. Complete con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo para el mes septiembre de 2018, escriba: 09 / 11 / 2018. Registre en números los meses y años, independientemente de la información de semanas de gestación, sea posible utilizar el año con el signo de la decena o decena (0019), entre: 0019 / 09 / 31/01/19.
- Marque con una "X" sobre el resultado correspondiente a la respuesta.
- Para los productos con edades que tengan gestación debe explicarse de forma clara la información que se solicita, en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el código de "Seguridad" al finalizar el proceso con claves en el caso de ciertos números: **026** cuando se documenta la formación o evolución de la muerte fetal o la expulsión o extracción.
- Este documento pertenece a la Secretaría de Salud. Avenida Camino Real s/n, Hospital General de México, México, D.F. Cód. Postal: 06702. México. Teléfono: 5623 4547. Fax: 5623 4547. Correo: informacion@ssa.gob.mx. Sitio web: www.ssa.gob.mx. Tipo de establecimiento humano (C): Clínica, Hospital General, Puesto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Hospitalaria, Hospital de Especialidad, Clínica Especial, Hospital Municipal o Estatal y Hospital de Especialidad. Población: "Indicada en el formulario" en su caso debe ser mayor.
- Este documento contiene "FEDEFEMTAS" y no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD O GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresado en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- 3. PESO.** Anote en gramos el peso del producto (feto); si el producto pesa 450 gramos, anote el 4 5 0, si pesa 11 y 300 gramos anote 1 1 3 0 0, lo registre con tres unidades de medida (1=1000 gramos).
- 6. PREVENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si el parto o no obtención prenatal para la vigilancia y control de embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 8. EMBARAZO O FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel a momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, amagada, con abolladura o deshidratación superficial que se separa o se separa.
- 7.2 ¿SE PRACTICÓ NEGOCIO?** Este artículo aplica para todo feto fetal, no sea por causas fetales o por causas maternas (patológicas o vitales).
- 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo, si ocurrió a las 4 de la tarde con 3 minutos anote 1 6 0 0.
- 9. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una Unidad Médica pública o privada anote el nombre de la misma en 9.1 y en 9.2 la Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES).
- 12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- 13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "Sí" en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, patrimonial y/o sexual).
- 13. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante se debe escribir completa, debe ser autografía y se debe plasmar en todas las copias del Certificado original y tres copias.
- 17. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón: en el primer renglón con una "X" en las columnas de la dirección se debe hacer mención a una **etiología**, y al producto. Eje en blanco el espacio para "uso exclusivo del personal certificado".

PARTE I. En la línea superior de la dirección del producto o de la madre o gestante que produjo el nacimiento (a) muere, en las líneas (b) y (c) y (d) debe registrarse los antecedentes o sus causas antecedentes en orden etiológico que de arriba abajo en la causa anterior en la línea (a). Como ejemplo de las líneas (a), (b) y (c) se indican los siguientes: "debido a, (o) como consecuencia de, y, a cual indica que la causa que sigue en la línea superior, se debe a sus consecuencias de la que sigue y registrar debajo de ella.

PARTE II. Cuando aplique, anote algún otra enfermedad signficativa, atribuida a la madre/gestante o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anteriores en la **PARTE I** anterior.

TIPO DE CAUSAS FETALES. Para una causa en cada renglón. Por cada renglón se debe registrar una causa, cuando sea posible, en un renglón (columna de la izquierda).		Etiología de la causa		Etiología de la causa	
		INFECC	TRAB	OTRO	OTRO
Causas fetales o causas relacionadas con el producto	1. Bacteriemia intrauterina o fetal	1A	1B	1C	1D
	2. Ruptura de membranas prematuras	2A	2B	2C	2D
	3. Insuficiencia placentaria	3A	3B	3C	3D
Causas maternas o causas relacionadas con la madre o gestante	4. Hipertensión gestacional	4A	4B	4C	4D
	5. Tabaquismo	5A	5B	5C	5D

- 22. ¿SE RECONOCE COMO AFRODISIA CANA/O?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se aut reconoce como afrodisiana.
- 24. ¿SE CONSIDERA INDIGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se reconozca como indígena de acuerdo a su cultura.
- 24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante hablé alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- 25. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Si ésta corresponde a un país diferente al México, anote en el espacio de Entidad Federativa el nombre del país.
- 30. ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indica el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no se sabe escribir del tema se la opción "Incompleta".
- 31. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 31.1 marque la opción "Sí" si es la madre o gestante cuando sea un trabajo a full-time en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos/as, a estudiar, retiro/a, etc.
- 32. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre o gestante. La opción "ninguna" debe marcarse cuando el y/o informante no tiene que la madre o gestante se afilió a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre o gestante recibió la atención, asegúrese que este código corresponde al del espacio registrado en la página 32.
- 34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO HIJOS/OS (NÚMERO).** Anote el número de hijos/as que ha tenido la madre o gestante independientemente de que a la fecha estén vivos o no. 34.1 cuántos hijos nacidos muertos, 34.2 cuántos hijos nacidos vivos y 34.3 cuántos sobrevivieron.
- 35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Se escribe "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el tipo de tipo de Certificado de Fecundación.
- 35-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que le da la Identificación. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autografía y se debe plasmar en todas las copias del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- 42. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse en blanco.

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

FOLIO
999999999

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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		3. EDAD GESTACIONAL Semanas: <input type="text"/> Días: <input type="text"/>		4. EDUQUIMIZADO Dosis: <input type="text"/> Días: <input type="text"/>		5. SUTERO INDEPENDIENTE Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		7. TIPO DE CONTACTO Fetal: <input type="radio"/> Materno: <input type="radio"/>	
6. ESTE PRODUCTO FUE: Embarazo <input type="radio"/> Aborto <input type="radio"/>		2. LA MUJER PREVIÓ EL EMPEÑO: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		11. ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EXPLORACIÓN O EXTRACTIÓN? Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>		12. ¿FUE POR FUERZA LA RESOLUCIÓN O EXTRACTIÓN? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		13. ¿FUE POR FUERZA LA RESOLUCIÓN O EXTRACTIÓN? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
9. SITUACIONES SUJECAS A LA EXPLORACIÓN O EXTRACTIÓN <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/>									
10. DOMICILIO DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUJERO 10.1 Calle: <input type="text"/> 10.2 Colonia: <input type="text"/> 10.3 Municipio: <input type="text"/> 10.4 Estado: <input type="text"/> 10.5 País: <input type="text"/>									
11. ¿CÓMO SE REALIZÓ LA RESOLUCIÓN O EXTRACTIÓN? 11.1 Método: <input type="text"/> 11.2 Lugar: <input type="text"/> 11.3 Fecha: <input type="text"/>									
12. PROCEDIMIENTO PARA LA EMPLANTACIÓN Y EXTRACTIÓN 12.1 Embarazo <input type="radio"/> Aborto <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> Fetal <input type="radio"/> Materno <input type="radio"/>									
13. ¿FUE EVITADA DE VOLUNTAD DOMESTICA LA CAUSA DE MUERTE FETAL? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
14. ¿FUE LA ECU FUORVANTE? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL 17.1 Embarazo <input type="radio"/> Aborto <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> Fetal <input type="radio"/> Materno <input type="radio"/>									
18. NOMBRE 18.1 Apellido: <input type="text"/> 18.2 Nombre: <input type="text"/> 18.3 Patrocinio: <input type="text"/>									
21. ESTADO DE NACIMIENTO 21.1 Estado: <input type="text"/>									
22. NACIONALIDAD 22.1 Nacionalidad: <input type="text"/>									
23. FECHA DE NACIMIENTO 23.1 Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>									
24. IDENTIFICACION 24.1 Tipo de identificación: <input type="text"/> 24.2 Número de identificación: <input type="text"/>									
25. NOMBRE DEL DOKTOR CERTIFICANTE 25.1 Nombre: <input type="text"/> 25.2 Apellido: <input type="text"/>									
26. TELÉFONO 26.1 Número de teléfono: <input type="text"/>									

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN LA FEDERACIÓN DE MÉXICO Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN LOS ESTADOS DE MÉXICO

999999999

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFINICIÓN FETAL (FETO MORTINATO): ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN, COMPLETA DEL CUELO O DEL CANAL DE PARTO, EN LA MANIFIESTA O EN LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ES LA INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DEVIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MIÉMBROS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA (VOLTA, VOLVIMEN).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un(a) médico(a), preferentemente por el(a) que atendió la expulsión o extracción, para productos o partos de 22 semanas de gestación (es decir, el producto de 21 semanas o menos, si los países requieren los restos de la partes destina final). En los lugares donde no haya médico(a), podrá ser expedido por otra persona autorizada por el Secretario de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, concuerde con el informante (proprietario del parto o gestante, el padre o hermano de la muerte fetal, o una unidad médica cercana a la unidad clínica de la madre o gestante para obtener el parto o haberse la muerte fetal, o una unidad médica cercana a la unidad clínica de la madre o gestante para obtener el parto o haberse la muerte fetal, o una unidad médica cercana a la unidad clínica de la madre o gestante para obtener el parto o haberse la muerte fetal).
- Lleve un original y tres copias entregue a las oficinas del original y las dos primeras copias con el consentimiento de llevar al Registro Civil para llenar el formato de inscripción de defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certifica la muerte fetal para registrar la información de mortalidad del Estado Salud y preferentemente registrarla en el catastro clínico de la madre o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la información está obligada a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azulina en letra de imprenta, clara y legible y con máquina de escribir. No use abreviaturas ni símbolos ni signos salvo los de puntuación.
- Llene todos los campos de datos y firme personalmente el escrito para legitimar de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números, anote los dígitos 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
- En los campos de "año" al referirse de registros en los meses y años. Complete con cero a la izquierda para los diez y nueve de un dígito, ejemplo: para los meses de 2019 anote [0]1, [0]2, [0]3, [0]4, [0]5, [0]6, [0]7, [0]8, [0]9. Registre el año informante para el formato con nueva ley de acceso a la información de manera, ejemplo: si se expidió en el mes de octubre de 2019 anote [2]019, [0]1, [0]2, [0]3, [0]4, [0]5, [0]6, [0]7, [0]8, [0]9.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan "falso" o "no" debe escribir de forma clara la información que se solicita, en el espacio designado para la "f" o "no" con una "X" al círculo de "se ignora" o "no se sabe" en los espacios con "falso" o "no" en el caso de datos numéricos. Debe anotarse despectivamente la información y el espacio de datos de "falso" o "no se sabe".
- Para los campos de "año" al referirse de registros en los meses y años. Complete con cero a la izquierda para los diez y nueve de un dígito, ejemplo: para los meses de 2019 anote [0]1, [0]2, [0]3, [0]4, [0]5, [0]6, [0]7, [0]8, [0]9. Registre el año informante para el formato con nueva ley de acceso a la información de manera, ejemplo: si se expidió en el mes de octubre de 2019 anote [2]019, [0]1, [0]2, [0]3, [0]4, [0]5, [0]6, [0]7, [0]8, [0]9.
- Este documento no contiene FE DE ERRATAS y no debe levantarse, borrar ni enmendarse.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD O GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresado en semanas como días, contado a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la expulsión o extracción del producto.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, complete si el producto pesó 450 gramos, anote [0]4, [0]5, [0]6, [0]7, [0]8, [0]9 y 300 gramos anote [0]3, [0]0.
- 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 describe como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal se ve alterada por patologías de la madre o gestante y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se describe como normal.
- ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Describir el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, amarrugada, con áreas de desprendimiento superficial que al tocar se separa.
- ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Esta pregunta aplica para la muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de ocurrencia de hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 complete el círculo de la tabla de la tabla de 5 minutos anote [1] [0] [0].
- LUGAR DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especificar el lugar donde ocurrió el parto en la extracción del producto. Si esto ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 8.1 y en 8.2 el Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES).
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** En cada caso el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa cuál fue el procedimiento usado.
- ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO?** Anote una "X" en la opción "S" en caso de existir evidencia de violencia doméstica (emocional, física, económica, psicológica y sexual).
- FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe de presionar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- CAUSAS DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada región, sin omitir el marcos con una "X" en las columnas de la causa si esa o las causas y sus consecuencias al producto. Anote en la línea a) la causa principal y en la línea b) la causa secundaria. Anote en las líneas b) y c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedenentes en orden etiológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda después de las líneas a), b) y c) se incluye algunas, usted a, lo como consecuencia de, y, a cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe a las consecuencias de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II. Cuando aplicable, anote cualquier otra enfermedad o lesión fetal, atribuible a la madre/gestante o al producto, que pueda haber contribuido a la muerte fetal, pero que no está vinculada con las causas anotadas en la PARTE I. Ejemplo:

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	CAUSAS DE LA MUERTE FETAL
1. Anemia materna	2. Diabetes gestacional	3. Hipertensión arterial	4. Infección materna	5. Traumatismo
6. Anemia materna	7. Diabetes gestacional	8. Hipertensión arterial	9. Infección materna	10. Traumatismo
11. Anemia materna	12. Diabetes gestacional	13. Hipertensión arterial	14. Infección materna	15. Traumatismo
16. Anemia materna	17. Diabetes gestacional	18. Hipertensión arterial	19. Infección materna	20. Traumatismo
21. Anemia materna	22. Diabetes gestacional	23. Hipertensión arterial	24. Infección materna	25. Traumatismo

- ¿SE RECONOCE COMO AFROHICANIZADO?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como afrohicanizada.
- ¿SE CONSIDERA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante se autorreconoce como indígena de acuerdo a su cultura.
- ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que la madre o gestante habla alguna lengua indígena, se sea este único idioma o uno de los idiomas.
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indica el nivel educativo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no hubiera escolaridad marque la opción "ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 31.1 marque la opción "SI" cuando la madre o gestante trabaja con un trabajo o labora en un negocio o tiene un negocio por su cuenta, independientemente de que trabaje o no en su negocio. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedica a cualquier otro tipo de actividad económica (trabajo a sueldo, rentista, etc.).
- AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la afiliación a la institución de salud de la madre o gestante. La opción "ninguna" debe marcarse cuando la madre o gestante no tiene afiliación a servicios de salud. En 32.1 anote el número de afiliación de la opción "conce" a madre o gestante recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NIÑOS (NÚMERO).** Anote el número de niños que ha tenido la madre o gestante independientemente de que si la fecha están vivas o no; 34.1 cuántos hayan nacido muertos; 34.2 cuántos hayan nacido vivos; y 34.3 cuántos se aborten.
- ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?** Seleccione "Sí" si la madre o gestante le ha respondido a la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 35-1, DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio y su validez y se debe de presionar en todas las copias del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificar en el extranjero, se debe de anotar el número de su cédula profesional.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado, por ningún motivo debe dejarse sin información.

ABREVIATURAS:
INF: Informante; CIF: Clave Única de Establecimiento de Salud; FEM: Femenino; M: Masculino; R: Residente; N: No Residente; CURP: Clave Única de Registro de Población.



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

FOLIO
999999999

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Formulario de certificación de muerte fetal con secciones: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL PARTO, DATOS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE O GESTANTE, and DATOS DE LA UNIDAD CERTIFICANTE.

LA MUERTE FETAL NO PUEDE CERTIFICARSE COMO UNA MUERDE NATURAL. EL CERTIFICANTE DEBE COMPLETAR ESTE COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 30 DÍAS DESPUÉS DE OCURRER LA MUERTE FETAL.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS DE ACUERDO CON LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LAS PERSONAS FÍSICAS Y JURÍDICAS. FAVOR DE PROTEGER LA INFORMACIÓN PERSONAL DE LOS DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LAS PERSONAS FÍSICAS Y JURÍDICAS.



999999999

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE DEFUNCIÓN

Folio

Fecha/Hora de ocurrencia de la defunción

--	--

Nombre de la (del) fallecida/o

--

Fecha de nacimiento

Entidad de Nacimiento

--	--

Sexo

Clave Única de Registro de Población

--	--

Nacionalidad

Entidad de la defunción

--	--

Firma electrónica de la (del) certificante

--

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

--

Sello electrónico de la Unidad Médica

--

Cadena original

Código
QR

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE MUERTE FETAL

Nombre de la madre o gestante

[Redacted]

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

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

**Sexo de la madre
o gestante**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

CURP de la madre o gestante

Fecha de certificación

[Redacted]

[Redacted]

Folio

Fecha de expulsión

Semanas de gestación

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Firma electrónica de la (del) certificante

[Redacted]

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

[Redacted]

Sello electrónico de la Unidad Médica

[Redacted]

Cadena original

[Redacted]

Código
QR

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