



CERTIFICADO DE MUERTE FETAL



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFICA E INFORMATICA

MODELO 1987

FOLIO DE CAPTURA

1. SEXO: MASCULINO  1 FEMEINO  2 INDETERMINADO  3

2. EDAD GESTACIONAL: (SEMANAS) [ ] (GRAMOS) [ ]

3. PESO: [ ]

4. DE UN EMBARAZO: UNICO  1 GEMELAR  2 3 Y MAS  3

5. RECIBIO ATENCION PRENATAL: SI  1 NO  2

6. ESTE EMBARAZO FUE: NORMAL  1 COMPLICADO  2

7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: ANTES DEL PARTO  1 DURANTE EL PARTO  2

8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSION O EXTRACCION: DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ] HORA [ ]

9. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA EXPULSION O EXTRACCION: CALLE, NUMERO Y COLONIA [ ] LOCALIDAD [ ] MUNICIPIO O DELEGACION [ ] ENTIDAD FEDERATIVA [ ]

10. SITIO: UNIDAD MEDICA  1 HOGAR  2 OTRO  3

10.1 QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSION O EXTRACCION?: MEDICO  1 ENFERMERA TITULADA  2 EMPIRICA  3 OTRO  4

11. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE: ESPONTANEO  1 PROVOCADO  2 TERAPEUTICO  3 SE IGNORA  9

12. SI SE TRATA DE UN PARTO ESTE FUE: NORMAL  1 COMPLICADO  2 SE IGNORA  9

13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSION O EXTRACCION: CESAREAN  1 FORCEPS  2 LEGRADO  3 OTRO  4 NINGUNO  5

14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL: ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RECUADRO (a) (b) o (c)

ESPECIFIQUE SI LA CAUSA FUE: FETAL | MATERNA

15. NOMBRE: NOMBRE(S) [ ] PRIMERO APELLIDO [ ] SEGUNDO APELLIDO [ ]

16. EDAD: AÑOS [ ]

17. ESTADO CONYUGAL: SOLTERA  1 CASADA  2 UNICA LIBRE  3 SEPARADA  4 DIVORCIADA  5 VIUDA  6 SE IGNORA  9

18. RESIDENCIA HABITUAL: (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVE LA MADRE) CALLE, NUMERO Y COLONIA [ ] LOCALIDAD [ ] MUNICIPIO O DELEGACION [ ] ENTIDAD FEDERATIVA [ ]

19. OCUPACION HABITUAL: EJEMPLO: SECRETARIA, DENTISTA, HOGAR, ETC. [ ]

20. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO: 20.1 NACIDOS VIVOS (NUMERO) [ ] 20.2 NACIDOS MUERTOS (NUMERO) [ ]

21. ESCOLARIDAD: NINGUNA  1 MENOS DE 3 AÑOS DE PRIMARIA  2 DE 3 A 5 AÑOS DE PRIMARIA  3 PRIMARIA COMPLETA  4 SECUNDARIA O EQUIVALENTE  5 PREPARATORIA O EQUIVALENTE  6 PROFESIONAL  7 SE IGNORA  9

22. DERECHO HABIENTE: NINGUNA  1 IMSS  2 ISSTE  3 PEMEX  4 FUERZAS ARMADAS  5 OTRA  6 SE IGNORA  9

23. NOMBRE: NOMBRE(S) [ ] PRIMERO APELLIDO [ ] SEGUNDO APELLIDO [ ]

24. EDAD: AÑOS [ ]

25. OCUPACION HABITUAL: EJEMPLO: ALBANIL, CARPINTERO, ETC. [ ]

26. CERTIFICADA POR: MEDICO TRATANTE  1 ENFERMERA  2 MEDICO LEGISTA  3 OTRO MEDICO  4 NO MEDICO  5

26.1 SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO: CÉDULA DE LA D.G.P. NÚM. [ ]

26.2 SI EL CERTIFICANTE NO ES MEDICO INDIQUE: PERSONA AUTORIZADA POR LA SSA  1 AUTORIDAD CIVIL  2 OTRO  3

26.3 NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICANTE: [ ]

26.4 DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: [ ]

27. NOMBRE DEL INFORMANTE: [ ]

27.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO: [ ]

28. LA MUERTE FETAL FUE INSCRITA EN: 28.1 OFICIALÍA O JUZGADO NÚM. [ ] DEL REGISTRO CIVIL

28.2 LOCALIDAD [ ]

28.3 MUNICIPIO O DELEGACION [ ]

28.4 ENTIDAD FEDERATIVA [ ]

28.5 28.2 FECHA DE REGISTRO: DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

D1	9
D2	10
D3	11
D4	12
D5	13
D6	14
D7	15
D8	16
D9.1	17
D9.2	18
D10	19
D10.1	20
D11	21
D12	22
D13	23
D14	24
D16	40
D17	41
D18.1	42
D18.2	43
D18.3	44
D19	45
D20.1	46
D20.2	47
D21	48
D22	49
D24	50
D25	51
D26	52
D26.2	53
D28.3	54
D28.4	55
D28.5	56
D29.2	57
D29.2	58
D29.2	59
D29.2	60
D29.2	61
D29.2	62
D29.2	63
D29.2	64
D29.2	65
D29.2	66
D29.2	67
D29.2	68
D29.2	69
D29.2	70
D29.2	71
D29.2	72
D29.2	73
D29.2	74
D29.2	75
D29.2	76
D29.2	77
D29.2	78
D29.2	79
D29.2	80
D29.2	81

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

M2W

23

IMPRESO EN LOS TALLERES GRAFICOS DEL INEGI