



# Original (Frontal)

Modelo 2012

## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

FOLIO

12000001

(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)  
ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		2. EDAD GESTACIONAL Semanas: <input type="text"/> Gramos: <input type="text"/>		3. PESO Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3		4. DE UN EMBARAZO		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		5.2 Total de consultas recibidas: <input type="text"/>																						
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> 1 Durante el parto <input type="radio"/> 2		7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input type="radio"/> 1 Macerada <input type="radio"/> 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> Minutos: <input type="text"/>																										
DATOS DE LA MUERTE FETAL	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número: <input type="text"/> 9.2 Colonia: <input type="text"/> 9.3 Localidad: <input type="text"/> 9.4 Municipio o delegación: <input type="text"/> 9.5 Entidad federativa: <input type="text"/>																																
	10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 10.1 Nombre de la unidad médica: <input type="text"/> 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <input type="text"/> Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99																																
DATOS DE LA MADRE	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 5 Enfermera <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9						12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutico <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9																										
	13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> 5 Cesárea <input type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otro <input type="radio"/> 4 Especifique: <input type="text"/>						14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 14.2 ¿Qué parentesco tiene el presunto agresor con la madre? <input type="text"/>																										
DEL INF.	15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte</th> <th colspan="2">Especifique si la causa fue:</th> <th rowspan="2">Código CIE</th> </tr> <tr> <th>MATERNA</th> <th>FETAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Debido a (o como consecuencia de)</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b) Debido a (o como consecuencia de)</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c) Debido a (o como consecuencia de)</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d) Debido a (o como consecuencia de)</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>										PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte	Especifique si la causa fue:		Código CIE	MATERNA	FETAL	a) Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="text"/>	b) Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="text"/>	c) Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="text"/>	d) Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="text"/>	16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <input type="text"/>
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte	Especifique si la causa fue:		Código CIE																														
	MATERNA	FETAL																															
a) Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="text"/>																														
b) Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="text"/>																														
c) Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="text"/>																														
d) Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="text"/>																														
DATOS DEL CERTIFICANTE	17. NOMBRE Nombre(s): <input type="text"/> Apellido paterno: <input type="text"/> Apellido materno: <input type="text"/>																																
	18. CURP: <input type="text"/> 19. NACIONALIDAD: Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9																																
DEL INF.	20. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9																																
	21. EDAD: <input type="text"/> Años																																
DATOS DEL CERTIFICANTE	22. ESTADO CONYUGAL: En unión libre <input type="radio"/> 4 Separada <input type="radio"/> 6 Divorciada <input type="radio"/> 3 Viuda <input type="radio"/> 2 Soltera <input type="radio"/> 1 Casada <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9																																
	23. RESIDENCIA HABITUAL. Añote el domicilio permanente donde vive la madre 23.1 Calle y número: <input type="text"/> 23.2 Colonia: <input type="text"/> 23.3 Localidad: <input type="text"/> 23.4 Municipio o delegación: <input type="text"/> 23.5 Entidad federativa o país (al reside en el extranjero): <input type="text"/>																																
DEL INF.	24. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10						25. OCUPACIÓN HABITUAL: <input type="text"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 25.1 Trabaja actualmente: Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9																										
	26. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9						26.1 Número de seguridad social o afiliación: <input type="text"/>																										
DEL INF.	27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 27.1 Número de nacidos vivos: <input type="text"/> 27.2 Número de nacidos muertos: <input type="text"/>						28. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 28.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: <input type="text"/>																										
	29. NOMBRE Nombre(s): <input type="text"/> Apellido paterno: <input type="text"/> Apellido materno: <input type="text"/>						30. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): <input type="text"/>																										
DEL INF.	31. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8						32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <input type="text"/>																										
	33. NOMBRE Nombre(s): <input type="text"/> Apellido paterno: <input type="text"/> Apellido materno: <input type="text"/>																																
DEL INF.	34. DOMICILIO 34.1 Calle y número: <input type="text"/> 34.2 Colonia: <input type="text"/> 34.3 Localidad: <input type="text"/> 34.4 Municipio o delegación: <input type="text"/> 34.5 Entidad federativa: <input type="text"/>																																
	35. TELÉFONO: <input type="text"/>						36. FIRMA: <input type="text"/>																										
DEL INF.	37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>																																

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

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

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



**Original (posterior)**  
**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**

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

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible, o máquina de escribir. No use abreviaturas. Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con **cero** a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de Marzo de 2012 anote 0 5 0 3 2 0 1 2. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2010), registre: 9 9 9 9 2 0 1 0
- Marque el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios. Registre la dirección según se requiera, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, localidad, municipio o delegación, y entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento 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 hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- 3. PESO.** Anote en gramos el peso del producto, *ejemplo:* si el producto pesa 450 gramos, anote 0 4 5 0, si pesa 1 kilo 300 gramos anote 1 3 0 0. No registre con otra unidad de medida (1kg.=1000 gramos).
- 5. ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no, atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 6. ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en el que la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Registre la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas, 00 a 23, y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote: 1 6 : 0 5
- 10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- 12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gr. de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de expulsión o extracción. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda; Provocado, si se realizan maniobras para que suceda; Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. No responda la pregunta 13.
- 13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gr. de peso, o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. No responda la pregunta 12.
- 14. ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?** En 14.1 anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero, y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, *ejemplo:* esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- 15. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, **sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto.** Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".  
**PARTE I.** En la Línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes **en orden cronológico** que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "**debido a, (o como consecuencia de)**", lo cual indica que la **causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.**  
**PARTE II.** Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo:*

16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: pero cardíaco, estenía, etc.)		Especifique el ítem que fue:		Use el círculo del personal codificador
		MADRE	FETAL	Código CE
PARTE I	Condición fetal o materna que causó directamente la muerte			
a)	<b>Hemorragia intraventricular</b> Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	
b)	<b>Hipoxia intrauterina</b> Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	
c)	<b>Insuficiencia placentaria</b> Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
d)	<b>Hipertensión gestacional</b>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
PARTE II	Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			
	<b>Tabaquismo</b>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
		<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	

- 23. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 24. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre, si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márkelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- 25. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrera, maestra, etc. En 25.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, sea rentista, etc.
- 26. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. En 26.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 26.
- 27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO.** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha estén vivos o no, y de cuántos hayan nacido muertos.
- 28. ¿VIVE LA MADRE?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 28.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 31-36. DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- 37. 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.