



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Modelo 2017
FOLIO

(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

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 PERMISO DE INHUMACIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		2. EDAD GESTACIONAL Semanas _____ Gramos _____	3. PESO _____ Gramos	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input type="radio"/> _1_ Reproducción asistida <input type="radio"/> _2_ 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> _1_ Gemelar <input type="radio"/> _2_ Tres o más <input type="radio"/> _3_	5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 5.2 Total de consultas recibidas _____
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_	7.2. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____	
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN					
9.1 Tipo de vialidad _____		9.2 Nombre de la vialidad _____		9.3 Núm. Exterior _____	9.4 Núm. Interior _____
9.5 Tipo de asentamiento humano _____		9.6 Nombre del asentamiento humano _____		9.7 Código Postal _____	
9.8 Localidad _____		9.9 Municipio o delegación _____		9.10 Entidad federativa _____	
10. SITIO DONDE SUCEDIÓ 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 <input type="radio"/> _9_			10.1 Nombre de la unidad médica _____		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_			10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
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 _____			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 ¿Anoté la relación que tiene el presunto agresor con la madre? _____
15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO					
a) _____				CODIGO CIE _____	
b) _____				Uso exclusivo del personal codificador	
16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)					
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte				Especifique si la causa fue:	
a) Debido a (o como consecuencia de) _____				MATERNA <input type="radio"/> _1_ FETAL <input type="radio"/> _2_	Código CIE _____
b) Debido a (o como consecuencia de) _____				la <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	_____
c) Debido a (o como consecuencia de) _____				lb <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	_____
d) Debido a (o como consecuencia de) _____				lc <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	_____
Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica				ld <input 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 lo produjo				ll.1 <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	_____
				ll.2 <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	_____
Uso exclusivo del personal codificador				17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
18. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____					
19. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_				20. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique _____	
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		22. EDAD (Años) _____		23. 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_	
24. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre					
24.1 Tipo de vialidad _____		24.2 Nombre de la vialidad _____		24.3 Núm. Exterior _____	24.4 Núm. Interior _____
24.5 Tipo de asentamiento humano _____		24.6 Nombre del asentamiento humano _____		24.7 Código Postal _____	
24.8 Localidad _____		24.9 Municipio o delegación _____		24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
24.11 Teléfono _____					
25. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input type="radio"/> _2_				25.1 La escolaridad seleccionada es: Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
26. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> _9_				26.1 Trabaja actualmente Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
27. 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 PROSPERA <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_				27.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) Se ignora <input type="radio"/> _9_				28.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____	
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS) 29.1 Nacidos Muertos (as) _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_		29.2 Nacidos Vivos (as) _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_		30. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	
DEL INF.					
31. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO _____	
33. 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_ *Especifique _____				34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
DATOS DEL CERTIFICANTE					
35. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____					
36. DOMICILIO					
36.1 Tipo de vialidad _____		36.2 Nombre de la vialidad _____		36.3 Núm. Exterior _____	36.4 Núm. Interior _____
36.5 Tipo de asentamiento humano _____		36.6 Nombre del asentamiento humano _____		36.7 Código Postal _____	
36.8 Localidad _____		36.9 Municipio o delegación _____		36.10 Entidad federativa _____	
37. TELÉFONO _____		38. FIRMA _____		39. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	

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 médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliase 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 con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 1 de septiembre de 2016 anote [0 1 | 0 9 | 2 0 1 6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9 9 | 9 9 | 2 0 1 6].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, 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 donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 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.
- 7.2 **¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?.** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
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 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 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta 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 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
14. **¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?** En 14.1 anote una "X" en la opción "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".
16. **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).

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

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

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		Especifique si la causa fue:		Uso exclusivo del personal codificador	
		MADRE	FETAL	Codigo CIE	
PARTE I	Condición fetal o materna que causó directamente la muerte.				
a)	Hemorragia intraventricular Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	
b)	Hipoxia intrauterina Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	
c)	Insuficiencia placentaria Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	
d)	Hipertensión gestacional Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="radio"/>	<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 mortuorio que la produjo.				
ii.1	Tabaquismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	
ii.2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	

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

ABREVIATURAS

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