



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Modelo 2022
FOLIO

999999999

(LLENÉSE PARA PRODUCTOS A PARTIR DE 22 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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Mujer <input type="radio"/> 2	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 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 _____			
DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	9. 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 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9						9.1 Nombre de la unidad médica _____	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
	10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN						9.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
DEL INF.	10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Núm. Ext. _____ 10.4 Núm. Int. _____						10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____	
	10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o Alcaldía _____ 10.10 Entidad federativa _____						11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico/a gineco-obstetra <input type="radio"/> 1 Otro/a médico/a <input type="radio"/> 5 Enfermero/a <input type="radio"/> 2 Partera/o <input type="radio"/> 3 Otro/a <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9	
DEL INF.	12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> 5 Cesárea <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Parto inducido <input type="radio"/> 6 Fórceps <input type="radio"/> 2 Otro* <input type="radio"/> 4						13. ¿HUBO EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MADRE O GESTANTE DURANTE ESTE EMBARAZO? Sí <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 No <input type="radio"/> 2 Uso exclusivo de la (del) certificante	
	14. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			15. PARENTESCO CON EL PRODUCTO _____			16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE _____	
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)						Especifique si la causa fue: MATERNA FETAL	
	PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____						Código CIE I.a <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 I.b <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 I.c <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 I.d <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que lo produjo						II.1 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2		
Uso exclusivo del personal codificador						18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	19. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____						20. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
	21. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, si nació en el extranjero _____		22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		24. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí* <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 *Especifique _____	
25. CURP _____						26. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra* <input type="radio"/> 2 → *Especifique _____		
27. EDAD (Años) _____		28. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera/o <input type="radio"/> 1 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casada/o <input type="radio"/> 5 Separada/o <input type="radio"/> 6 Divorciada/o <input type="radio"/> 3 Viuda/o <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						
29. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre o gestante								
29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Ext. _____ 29.4 Núm. Int. _____		29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____		29.9 Municipio o Alcaldía _____ 29.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____ 29.11 Teléfono _____				
30. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				30.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		31. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99 31.1 Trabaja actualmente Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
32. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Otra* <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99 *Especifique _____				32.1 Número de seguridad social o afiliación Se ignora <input type="radio"/> 9		33. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		
34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO) 34.1 Nacidas/os Muertas/os _____ Se ignora <input type="radio"/> 99 34.2 Nacidas/os Vivas/os _____ Se ignora <input type="radio"/> 99 34.3 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> 99				35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		35.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____		
36. CERTIFICADA POR Médico/a tratante <input type="radio"/> 1 Otra/o médico/a* <input type="radio"/> 3 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Médico/a legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Otra/o* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____						37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO/A Número de la cédula profesional _____		
38. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____								
39. DOMICILIO 39.1 Tipo de vialidad _____ 39.2 Nombre de la vialidad _____ 39.3 Núm. Ext. _____ 39.4 Núm. Int. _____ 39.5 Tipo de asentamiento humano _____ 39.6 Nombre del asentamiento humano _____ 39.7 Código Postal _____ 39.8 Localidad _____ 39.9 Municipio o Alcaldía _____ 39.10 Entidad federativa _____								
40. TELÉFONO _____		41. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE _____				42. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		

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

999999999



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 una/un médica/o, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médica/o, 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 o gestante, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre o gestante 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 o gestante. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, la (el) certificante está obligada/o 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, ni símbolos, ni signos, salvo los de puntuación.
- 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 explicar de forma clara la información que se solicita, 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 (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- 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 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 se ve alterada por patologías de la madre o gestante 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?.** Esta pregunta aplica para toda muerte fetal, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 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].
- 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 Establecimiento de Salud (CLUES).
- 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).
- 16. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE.** La firma de la (del) informante es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias).
- 17. 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/gestante 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 o gestante 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 madre/gestante 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:

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)		Especifique si la causa fue:		Código CIE	
		MATERNA	FETAL		
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionadas en último lugar la causa fetal	a)	Hemorragia intraventricular Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
	b)	Hipoxia intrauterina Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
	c)	Insuficiencia placentaria Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
	d)	Hipertensión gestacional	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo		Tabaquismo	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	

- 22. ¿SE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O?.** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante se autoreconoce como afromexicana/o.
- 23. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA?.** 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 INDÍGENA?.** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que la madre o gestante hable alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- 29. 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.
- 30. ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre o gestante, y en 30.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- 31. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera/o, maestra/o, etc. En 31.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo o labora 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 las/os hijas/os, a estudiar, rentista, 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 informante manifieste que la madre o gestante no tenga afiliación 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 éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 32.
- 34. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO HIJAS/OS (NÚMERO).** Anote el número de hijas/os que ha tenido la madre o gestante, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no; 34.1 cuántas/os hayan nacido muertas/os, 34.2 cuántas/os hayan nacido vivas/os y 34.3 cuántas/os sobreviven.
- 35. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE?.** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 35.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 36-41. DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que la (lo) identifique. La firma de la (del) certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y tres copias). Para el caso de certificantes médicas/os, 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 sin información.

ABREVIATURAS

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