



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Modelo 2004  
FOLIO

04000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES ANOTADAS EN EL REVERSO

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9	2. EDAD GESTACIONAL Semanas _____ Gramos _____	3. PESO _____ Gramos _____	4. DE UN EMBARAZO Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres y más <input type="radio"/> 3	5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> Complicado <input type="radio"/>	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> Durante el parto <input type="radio"/>	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN _____:_____:_____ Día Mes Año Horas Minutos		
	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 _____ 9.2 _____ Calle y número Localidad o Colonia 9.3 _____ 9.4 _____ Municipio o Delegación Entidad Federativa				
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	10. LUGAR DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 Oportunidades <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 SECMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 10.1 Nombre de la unidad médica _____				Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico <input type="radio"/> 1 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, ESTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutico <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	13. SI SE TRATA DE UN PARTO, ÉSTE FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Cesárea <input type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Legrado <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Ninguno <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLÓN a), b) o c)  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) b) _____ Debido a (o como consecuencia de):  Anote en último lugar la causa básica b) o c) c) _____  PARTE II Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c) _____ _____ _____				16. CAUSA BÁSICA código CIE-10 Especifique si la causa fue: MATERNAL <input type="radio"/> 1 FETAL <input type="radio"/> 2 Ia <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Ib <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Ic <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 IIa <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 IIb <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
DATOS DE LA MADRE	17. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____				18. EDAD _____ Años
	19. ESTADO CIVIL Soltera <input type="radio"/> 1 Divorciada <input type="radio"/> 2 Viuda <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casada <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	20. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vive la madre) 20.1 Calle y número _____ 20.2 Localidad o Colonia _____ 20.3 Municipio o Delegación _____ 20.4 Entidad Federativa _____				
	21. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o Preparatoria <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	22. INSTITUCIÓN DE DERECHOAHBIENCIA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SECMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input type="radio"/> 99				
DATOS DEL CERTIFICANTE	24. OCUPACIÓN HABITUAL _____		25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 25.1 Nacidos vivos (número): _____ 25.2 Nacidos muertos (número): _____	26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO Vive <input type="radio"/> 1 Falleció <input type="radio"/> 2 Folio del Certificado de Defunción _____	
	27. DATOS DEL INFORMANTE 27.1 Nombre _____			27.2. Parentesco con el fallecido(a) _____	
	28. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <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			29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
30. DATOS DEL CERTIFICANTE 30.1 Nombre y firma _____			30.2 Domicilio y teléfono _____		
31. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____:_____:_____ Día Mes Año					

REMÍTASE ORIGINAL A LA UNIDAD O JURISDICCIÓN SANITARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MÁS CERCANA  
LA PRIMERA COPIA DEBERÁ SER ENVIADA AL INEGI