



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**

(LLENÉSE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

CANCELADO

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

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 _____ Gramos _____	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 _____																				
	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 _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____																						
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número _____ 9.2 Colonia _____ 9.3 Localidad _____ 9.4 Municipio o delegación _____ 9.5 Entidad federativa _____																										
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_ Vía pública <input type="radio"/> _10_ Otro lugar <input type="radio"/> _12_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_ Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ 10.1 Nombre de la unidad médica _____ 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 ¿Que parentesco tiene el presunto agresor con la madre? _____																							
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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Especifique si la causa fue:</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">MATERNA</td> <td style="text-align: center;">FETAL</td> <td style="text-align: center;">Código CIE</td> </tr> <tr> <td> PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte. a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ </td> <td style="text-align: center;">La <input type="radio"/>_1_ <input type="radio"/>_2_</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>_1_ <input type="radio"/>_2_</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td> 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. </td> <td style="text-align: center;">II.1 <input type="radio"/>_1_ <input type="radio"/>_2_</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>_1_ <input type="radio"/>_2_</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">II.2 <input type="radio"/>_1_ <input type="radio"/>_2_</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>_1_ <input type="radio"/>_2_</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>								Especifique si la causa fue:				MATERNA	FETAL	Código CIE	PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte. a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____	La <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	<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 la produjo.	II.1 <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	<input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	_____		II.2 <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	<input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	_____
	Especifique si la causa fue:																									
	MATERNA	FETAL	Código CIE																							
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte. a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____	La <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	<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 la produjo.	II.1 <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	<input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	_____																							
	II.2 <input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	<input type="radio"/> _1_ <input type="radio"/> _2_	_____																							
16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____																										
17. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____																										
18. CURP _____ 19. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_																										
20. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 21. EDAD _____ Años 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 _____ 23.2 Colonia _____ 23.3 Localidad _____ 23.4 Municipio o delegación _____ 23.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____																										
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 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_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _10_																										
26.1 Número de seguridad social o afiliación _____																										
27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 27.1 Número de nacidos vivos: _____ 27.2 Número de nacidos muertos: _____																										
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: _____																										
29. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____																										
30. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____																										
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 _____																										
33. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____																										
34. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE 34.1 Calle y número _____ 34.2 Colonia _____ 34.3 Localidad _____ 34.4 Municipio o delegación _____ 34.5 Entidad federativa _____																										
35. TELÉFONO _____ 36. FIRMA _____ 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____																										