



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para el registro del certificado de defunción y de muerte fetal en el Sistema de Mortalidad
2E10-003-001

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola
Titular de la Unidad de Educación,
Investigación y Políticas de Salud

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Planeación en
Salud

Elaboró

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD
MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO
ACTUALIZACIÓN 14 MAR 2018

Ing. Joaquín Papaqui Hernández
Titular de la División de Información en Salud

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y los Servidores Públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación"



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	3
2	Objetivo	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Definiciones	3
5	Políticas	7
6	Descripción de actividades	14
7	Diagrama de flujo	31
	Anexos	
Anexo 1	Copia institucional del certificado de defunción. Clave:2E10-009-021	50
Anexo 2	Copia institucional del certificado de muerte fetal. Clave: 2E10-009-022	53
Anexo 3	Control y registro de defunciones por causas accidentales o violentas. Clave: 2E10-009-023	56
Anexo 4	Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico. Clave: 2E10-009-024	61
Anexo 5	Reporte de certificados expedidos y cancelados. Clave: 2E10-014-001	65



1 Base normativa

Artículo 82, fracciones X y XI, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, Artículo 82, fracciones X y XI, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de septiembre de 2006, y sus reformas.

2 Objetivo

Establecer los elementos normativos de los servidores públicos que intervienen en la recepción, control, manejo, requisitado y registro de los certificados de defunción y de muerte fetal, en el Sistema de Mortalidad del Instituto Mexicano del Seguro Social con el propósito de que las estadísticas institucionales resultado del procesamiento del Sistema de Mortalidad sean oportunas y de calidad.

3 Ámbito de aplicación

Este procedimiento es de observancia obligatoria para la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, División de Información en Salud, División de Gineco-Obstetricia y Perinatal, Coordinación de Información y Análisis Estratégico, Oficina de Información Médica y Archivo Clínico, Área de Información Médica y Archivo Clínico, Director y Subdirector Médico, Director o Subdirector Administrativo, Coordinador Clínico de Turno, Coordinador Clínico de Servicio, Jefe de Servicio y la o el Director de Enfermería, personal de las diferentes categorías de Enfermería, Trabajo Social y Asistentes Médicas de las Unidades Médicas de Tercer, Segundo y Primer Nivel de Atención con defunciones.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 adscripción: Inscripción del asegurado y de sus beneficiarios de una circunscripción a un servicio u órgano de la institución en el área médica. La adscripción es a la Unidad y a Médico Familiar, en relación a la ubicación de su domicilio.

4.2 agregado médico: Clave complementaria del número de Seguridad Social o del registro de identificación armado para no derechohabientes, la cual consta de 8 caracteres: El primero es el carácter del derechohabiente; el segundo corresponde al sexo; del cuarto al sexto, el año de nacimiento y los dos últimos al régimen de aseguramiento. En el caso de no derechohabientes, después de los ceros del número de Seguridad Social, en el régimen de aseguramiento, las literales ND.

4.3 ARIMAC: Siglas del Área de Información Médica y Archivo Clínico. Unidad responsable del proceso del archivo clínico en las unidades médicas, cuyas facultades están



descritas en la Norma que establece las disposiciones en materia de información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.4 causa básica de defunción: Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte, o bien, las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

4.5 causas de defunción: Son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones.

4.6 certificado de defunción: Documento oficial expedido por la Secretaría de Salud con el cual el personal médico certifica una defunción.

4.7 certificado de muerte fetal: Documento oficial expedido por la Secretaría de Salud con el cual el personal médico certifica una muerte fetal.

4.8 CIAE: Siglas de la Coordinación de Información y Análisis Estratégico, que de acuerdo al Manual de Organización de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, es una de las coordinaciones que la integran y cuyas facultades están descritas en el Numeral 8.1.3.

4.9 CIE-10: Acrónimo de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

4.10 coordinaciones médicas delegacionales: Son las Coordinaciones que integran la Jefatura Delegacional de Prestaciones de Servicios Médicos y comprende a las Coordinaciones de: Información en Salud y Análisis Estratégico, Salud en el Trabajo, Prevención y Atención a la Salud, Gestión Médica, Soporte Médico y Planeación y Enlace Institucional.

4.11 coordinaciones médicas normativas: Son las coordinaciones de la Dirección de Prestaciones Médicas relacionadas con el registro estadístico de las defunciones y comprende a las Coordinaciones de: Unidades Médicas de Alta Especialidad, de Atención Integral en Segundo Nivel, de Atención Integral a la Salud en el primer nivel, de Vigilancia Epidemiológica, de Educación en Salud, de Investigación en Salud y de Planeación en Salud.

4.12 copia institucional del certificado de defunción: Es la copia del certificado de defunción que el IMSS tiene prevista para el procesamiento estadístico de las defunciones. Se identifica mediante el logotipo del Instituto en el ángulo superior izquierdo y la leyenda "copia para procesamiento estadístico sólo válida en el IMSS".

4.13 copia institucional del certificado de muerte fetal: Es la copia del certificado de muerte fetal que el IMSS tiene prevista para el procesamiento estadístico de las muertes



fetales. Se identifica mediante el logotipo del Instituto en el ángulo superior izquierdo y la leyenda “copia para procesamiento estadístico sólo válida en el IMSS”.

4.14 defunción: Es la desaparición de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento.

4.15 DIS: Siglas de la División de Información en Salud, sus facultades están descritas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones.

4.16 formato original del certificado de defunción: Se refiere al formato “certificado de defunción”, que consiste en un original (hoja en color blanco), una primera copia (hoja en color rosa), una segunda copia (hoja en color azul) y una tercera copia (hoja en color verde). El original y las copias en color rosa y azul se entregan al familiar o representante legal del fallecido(a) y la copia color verde se conserva en la unidad médica. Se identifica por el logotipo del Escudo Nacional en el extremo superior izquierdo. Corresponde a la Secretaría de Salud la impresión y dotación a nivel nacional del certificado de defunción a las instituciones de salud.

4.17 formato original del certificado de muerte fetal: Se refiere al formato “certificado de muerte fetal”, que consiste en un original (hoja en color blanco), una primera copia (hoja en color rosa), una segunda copia (hoja en color azul) y una tercera copia (hoja en color verde). El original y las copias en color rosa y azul se entregan al familiar o representante legal del fallecido(a) y la copia color verde se conserva en la unidad médica. Se identifica por el logotipo del Escudo Nacional en el extremo superior izquierdo. Corresponde a la Secretaría de Salud la impresión y dotación a nivel nacional del certificado de muerte fetal a las instituciones de salud.

4.18 Instituto: Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.19 médico certificante: Para efectos del presente procedimiento, entiéndase al médico familiar o no familiar que expide el certificado de defunción o de muerte fetal en las Unidades Médicas de Primer, Segundo o Tercer nivel de Atención.

4.20 muerte accidental: Es aquella defunción que tiene su origen en un evento accidental el cual puede ocurrir en la vía pública, el hogar, el trabajo u otro sitio.

4.21 muerte fetal: Muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la 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. Sinónimos: defunción fetal, feto-mortinato.

4.22 muerte materna: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o



incidentales. También debe considerarse la muerte materna tardía que es aquella que se presenta después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

4.23 muerte violenta: Es aquella defunción resultante de una agresión o suicidio, la cual puede ocurrir en la vía pública, el hogar, el trabajo u otro sitio.

4.24 OIMAC: Siglas de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico. Integrada por los servidores públicos responsables del proceso del archivo clínico en las Unidades Médicas de Alta Especialidad: Auxiliar Universal de Oficina, Mensajera(o), Oficial de Estadística, Coordinador(a) de Estadística y Jefa(e) de Grupo de Estadística cuyas funciones están descritas en Contrato Colectivo de Trabajo y en el Manual Organización de las unidades médicas de alta especialidad.

4.25 personal del ARIMAC: Son aquellos servidores públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, sujetos a las obligaciones previstas en éstas, a fin de salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en el servicio público, cuyos cargos están descritos en el Contrato Colectivo de Trabajo, y que actualmente laboran en el Área de Información Médica y Archivo Clínico, incluye a:

- Auxiliar Universal de Oficinas;
- Mensajera(o);
- Oficial de Estadística;
- Coordinador(a) de Estadística;
- Jefa(e) de Grupo de Estadística.

4.26 personal responsable del ARIMAC: Son aquellos servidores públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, sujetos a las obligaciones previstas en éstas, y que son responsables del área, incluye a:

- Jefa(e) de Grupo de Estadística
- Coordinador(a) de Estadística;
- Oficial de Estadística;

4.27 responsable del resguardo: Personal responsable del resguardo de los certificados de defunción y de muerte fetal en la Delegación, y/o Unidades Médicas.

4.28 SEED: Siglas del Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones. Sistema que integra información de mortalidad del país con la oportunidad y calidad que el sector salud requiere, a fin de constituir un marco para la vigilancia epidemiológica y evaluación de los servicios, así como apoyar en la consolidación de la estadística oficial.

4.29 SESA: Siglas de los Servicios Estatales de Salud, pertenecientes a la Secretaría de Salud.



4.30 SIMO: Siglas Sistema de Información Médico Operativo, versión cliente servidor; la información es transmitida conforme al calendario de cierre hacia los servidores designados por la División de Información en Salud.

4.31 SIMO Central: Sistema de Información Médico Operativo, versión en línea; se accede mediante la red institucional y la información es transmitida preferentemente en tiempo real hacia los servidores designados por la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

4.32 sistema de mortalidad: SEED o el que la División de Información en Salud determine.

4.33 unidad médica: Al establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población; conforme al Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, éste dispondrá de un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención:

- primer nivel de atención: Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar en donde se otorga atención médica integral y continua al paciente, pudiendo contar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria;
- segundo nivel de atención: Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o regionales en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la zona que les corresponda, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, de conformidad a la complejidad de su padecimiento, pudiendo contar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria;
- tercer nivel de atención: Lo constituyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus respectivas unidades complementarias, que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica terapéutica. En este nivel se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten.

4.34 UMAE: Siglas Unidad Médica de Alta Especialidad; unidad que otorga atención médica de alta especialidad a los pacientes y que fomenta la educación y la investigación en salud.

4.35 urgencia: Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

5 Políticas

5.1. La entrada en vigor de este procedimiento actualizará y dejará sin efecto el "Procedimiento para el procesamiento estadístico de las defunciones en el régimen



obligatorio” con clave 2E10-003-001, validado y registrado en el catálogo institucional el 19 de mayo de 2010.

5.2. Coordinación de Planeación en Salud, será el área responsable de la interpretación del presente procedimiento

5.3. El lenguaje empleado en el presente documento, formatos y anexos, no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que por la naturaleza de la atención, resulte necesaria la precisión de algún género en particular

5.4. El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

Titular de la División de Información en Salud, dependiente de la Coordinación de Planeación en Salud.

5.5. Difundirá el calendario para el cierre de los periodos de integración del Sistema de Mortalidad vigente.

5.6. Validará la entrega de los archivos de enlace de todas las Coordinaciones de Información y Análisis Estratégico y de las Jefaturas de Oficina de Información Médica y Archivo Clínico, conforme a las fechas establecidas en el calendario y realizará la confronta de la información registrada en DATAMART, reportando las inconsistencia encontradas a la persona responsable de la Coordinación de Información y Análisis Estratégico en la Delegación y/o Jefatura de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico en la Unidad Médica de Atención Especializada para su análisis y correcciones.

5.7. Realizará la integración de la información para las estadísticas institucionales de mortalidad de acuerdo a lo establecido por la Secretaría de Salud.

5.8. Representará a la Dirección de Prestaciones Médicas, ante las diferentes instancias de la Administración Pública Federal, Órganos Descentralizados y Desconcentrados para el intercambio de información en salud del Instituto, excepto en aquellos que por acuerdos sectoriales sean del ámbito de responsabilidad de otra Coordinación Normativa de la Dirección de Prestaciones Médicas.

5.9. Publicará y difundirá oportunamente a nivel institucional y nacional, los reportes de cifras oficiales generados a partir de la información de mortalidad, mediante el uso de las diferentes herramientas tecnológicas disponibles en el Instituto.

5.10. Recopilará la información resultante de las confronta anual con la Secretaria de Salud, relacionadas a las muertes accidentales y violentas de derechohabientes.



5.11. Adoptará las medidas necesarias que garanticen la seguridad de los datos personales y eviten su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado a instancias externas del Instituto, por lo que deberá únicamente realizar este tipo de intercambio de información vigilando en todo momento el marco normativo aplicable que incluye leyes, códigos, reglamentos, decretos, manuales, reglas de operación, criterios, políticas, entre otros.

Titular de la Coordinación de Información y Análisis Estratégico, dependiente de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

5.12. Deberá gestionar y vigilar la asignación de recursos humanos, materiales tecnológicos y de capacitación en su ámbito de responsabilidad, para el adecuado registro en el Sistema de Mortalidad vigente.

5.13. Desconcentrará el registro de la información del Sistema de Mortalidad hacia las unidades médicas dependientes de la Delegación, en función de los recursos humanos y materiales con que cuenten.

5.14. Vigilará la adecuada operación del Sistema de Mortalidad en las unidades médicas de su demarcación, apoyándose en el Manual de usuario del Sistema de mortalidad, disponible en la página de <http://infosalud.imss.gob.mx>.

5.15. Supervisará que la captación, integración, organización y difusión de la información del Sistema de Mortalidad, cumpla con las disposiciones contenidas en este procedimiento y promoverán la mejora continua del registro de las estadísticas vitales.

5.16. Validará la calidad de la información, previo al envío de reportes a las otras Coordinaciones de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas de la Delegación y a la División de Información en Salud.

5.17. Detectará las inconsistencias de la información recibida, si las hubiera, y solicitará la corrección de las mismas a las unidades médicas responsables de su emisión.

5.18. Remitirá un archivo de enlace de mortalidad, previo al cierre mensual, al responsable de epidemiología de la delegación o de la unidad médica, para los fines que correspondan.

5.19. Entregará mensualmente al Titular de la Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales y al Titular de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza, la relación nominal de fallecidos (Número de Seguridad Social, agregado médico, nombre, fecha de nacimiento, fecha de defunción, unidad de adscripción y unidad de atención).

5.20. Realizará confrontas mensuales y anuales con el área homóloga de estadística de la Secretaría de Salud Estatal, con el propósito de cotejar la información correspondiente a las defunciones de los derechohabientes del IMSS.



5.21. Enviará mensualmente a la División de Información en Salud, el archivo de enlace del Sistema de Mortalidad, debidamente validado por la persona designada en la Coordinación de Información y Análisis Estratégico, como responsable de la integración, codificación e integración, con base en el calendario de cierre establecido.

5.22. Integrará a las estadísticas estatales, la información que las Jefaturas de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico envíen mensualmente.

5.23. Recopilará la información resultante de la confronta mensual con el Servicio Estatal de Salud, relacionada con las muertes accidentales y violentas de derechohabientes del Instituto, las cuales fueron reportadas por las Agencias del Ministerio Público a la Secretaría de Salud.

5.24. Adoptará las medidas necesarias que garanticen la seguridad de los datos personales y eviten su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado a instancias externas del Instituto, por lo que deberá únicamente realizar este tipo de intercambio de información vigilando en todo momento el marco normativo aplicable que incluye leyes, códigos, reglamentos, decretos, manuales, reglas de operación, criterios, políticas, entre otros.

Titulares de la Dirección en Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

5.25. Serán responsable de que la unidad médica cuente con certificados oficiales de defunción y de muerte fetal expedidos por la Secretaría de Salud; así como con los formatos: "Copia institucional del certificado de defunción" 2E10-009-021, (Anexo 1); "Copia institucional del certificado de muerte fetal" 2E10-009-022, (Anexo 2); "Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico" 2E10-009-024, (Anexo 4) y "Reporte de certificados expedidos y cancelados" 2E10-014-001, (Anexo 5).

5.26. Vigilarán el cumplimiento de este procedimiento e implementarán las acciones necesarias para asegurar que se realice conforme a lo establecido.

5.27. Promoverán el correcto requisitado de los certificados de defunción y de muerte fetal, mediante la capacitación continua al personal médico.

5.28. Designarán al Director Médico o Subdirector Médico como responsable del control, entrega y cancelación de certificados de defunción y muerte fetal, quien elaborará el "Reporte de certificados expedidos y cancelados" 2E10-014-001, (Anexo 5).

Personal Médico de las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

5.29. Certificará una defunción, registrando previamente en el formato: "Copia institucional del certificado de defunción" 2E10-009-021, (Anexo 1); o, en la "Copia institucional del certificado de muerte fetal" 2E10-009-022, (Anexo 2); según sea el caso, la información



conducente. Una vez validada por los familiares o la persona legalmente responsable, ésta, la transcribirá al certificado oficial expedido por la Secretaría de Salud, a fin de evitar en lo posible, errores y/o cancelaciones. Si una vez entregado el certificado de defunción se identifican errores en las causas de defunción, el médico responsable procederá a elaborar y firmar el formato: “Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico” 2E10-009-004, (Anexo 4), adjuntándolo al certificado original.

5.30. Expedirá certificado de defunción cuando la muerte del derechohabiente ocurra en un domicilio, siempre y cuando la causa no sea accidental, violenta o autoinflingidas; para tal efecto, el familiar o persona legalmente responsable tramitará una visita domiciliaria en la unidad médica más cercana. La persona fallecida deberá contar con vigencia de derechos al momento del deceso.

5.31. La Asistente Médica glosará en el expediente clínico, la tercera copia del certificado de defunción o muerte fetal (hoja color verde) y la entregará al Archivo Clínico, para su validación, codificación y registro en el Sistema de Mortalidad.

5.32. Será responsable de emitir el certificado de defunción, si se refiere a un derechohabiente a otra unidad médica institucional o alguna otra (pública o privada), y la muerte ocurre la durante el traslado.

5.33. Deberá elaborar el formato: “Aviso al Ministerio Público, 4/134” y entregarlo a la Trabajadora Social, para que dé aviso a la autoridad ministerial correspondiente, cuando:

5.33.1. El paciente sea recibido en el servicio de urgencias sin signos vitales, y posterior a realizarle maniobras de resucitación no se restablezcan los mismos, determinándose la muerte (en estos casos no se requiere registrar el ingreso y egreso en los formatos “Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-I” y “Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-E”, ni en el Sistema de Mortalidad);

5.33.2. El fallecimiento del paciente sea por causa accidental, violenta o autoinflingidas, no importando los días de estancia intrahospitalaria.

5.33.3. La persona ingrese a la unidad médica y se le diagnostique la muerte, sin que existan antecedentes de control médico, relacionado con una enfermedad crónico-degenerativa.

5.34. El certificado de defunción o muerte fetal se expedirá en la Agencia del Ministerio Público (M.P.) de la Jurisdicción correspondiente cuando el derechohabiente fallezca por causas accidentales, violentas, autoinflingidas o en vía pública.

5.35. Notificará de inmediato al Epidemiólogo de la unidad o a quien realice sus funciones, cuando las causas de defunción son sujetas a vigilancia epidemiológica; o al Comité Local de Estudios de Mortalidad Materna, cuando la defunción sea de una mujer embarazada o púérpera, independientemente de las causas de muerte. También se debe notificar la muerte



materna tardía, de una mujer que haya fallecido a partir de los 42 días y antes de los 365 días posteriores a la terminación del embarazo (aborto, parto normal o cesáreo), independientemente de las causas de defunción.

La Epidemióloga o el Epidemiólogo de la Unidad Médica.

5.36. Deberá validar y notificar a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica cuando un certificado de defunción o de muerte fetal tenga registrada una o más causas de defunción sujetas a vigilancia epidemiológica.

Titular de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención.

5.37. Deberá gestionar y vigilar la asignación de recursos humanos, materiales tecnológicos y de capacitación en su ámbito de responsabilidad, para el adecuado registro de los certificados de defunción en el Sistema de Mortalidad.

5.38. Vigilará la adecuada operación del Sistema de Mortalidad en las unidades médicas de tercer nivel de atención en su estado, apoyándose en el Manual de usuario del sistema, publicado en la página <http://infosalud.imss.gob.mx>.

5.39. Supervisará que la captación, integración, organización y difusión de la información del Sistema de Mortalidad, cumpla con las disposiciones contenidas en este procedimiento y promoverán la mejora continua del registro de las estadísticas vitales.

5.40. Validará la calidad de la información, previo al envío de reportes a la Dirección de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención y a la División de Información en Salud.

5.41. Detectará las inconsistencias de la información recibida, si las hubiera, y solicitará la corrección de las mismas a las Unidades Médicas responsables de su emisión.

5.42. Remitirá un archivo de enlace de mortalidad, previo al cierre mensual, al responsable de epidemiología de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención, para los fines que correspondan.

5.43. Entregará mensualmente al responsable de los Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales y de Servicios de Afiliación y Cobranza, en la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención, la relación nominal de fallecidos (Número de Seguridad Social, agregado médico, nombre, fecha de nacimiento, fecha de defunción, unidad de adscripción y unidad de atención).

5.44. Realizará confrontas mensuales y anuales con el área homóloga de estadística de la Secretaría de Salud Estatal, con el propósito de cotejar la información correspondiente a las defunciones de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social .



5.45. Enviará mensualmente a la División de Información en Salud el archivo de enlace del Sistema de Mortalidad, debidamente validado, con base en el calendario de cierre establecido.

5.46. Enviarán mensualmente el archivo de enlace del Sistema de Mortalidad a la Coordinación de Información y Análisis Estratégico, para su integración en las estadísticas del Estado.

5.47. Recopilará la información resultante de la confronta mensual con el Servicio Estatal de Salud, relacionada con las muertes accidentales y/o violentas de derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, las cuales fueron reportadas por las Agencias del Ministerio Público a la Secretaría de Salud.

5.48. Adoptará las medidas necesarias que garanticen la seguridad de los datos personales y eviten su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado a instancias externas del Instituto, por lo que deberá únicamente realizar este tipo de intercambio de información vigilando en todo momento el marco normativo aplicable que incluye leyes, códigos, reglamentos, decretos, manuales, reglas de operación, criterios, políticas, entre otros.

Personal del ARIMAC en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

5.49. Será responsable de la recepción, validación, codificación, registro y control de la hoja color verde de los certificados de defunción y muerte fetal, en las unidades médicas que cuentan con el Sistema de Mortalidad.

5.50. Será responsable del envío de los certificados de defunción y muerte fetal a la Coordinación de Información Análisis Estratégico, correspondiente, para su registro; en las unidades médicas que no cuentan con el Sistema de Mortalidad.

5.51. Será responsable del envío y confirmación de recepción del archivo de enlace del Sistema de Mortalidad a la Jefatura de Oficina de Información Médica y Archivo Clínico o la Coordinación de Información y Análisis Estratégico, según sea el caso. Cuando existan correcciones a las causas de defunción registradas en el Sistema de Mortalidad, éstas se deben realizar en la Unidad Médica responsable de su emisión mediante el formato "Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico" 2E10-009-004, (Anexo 4) y se debe notificar a la Coordinación de Información y Análisis Estratégico, para su consideración.



Responsable	Descripción de actividades
<p>6 Descripción de actividades</p> <p>Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas de la Delegación o de la Dirección de la Unidad Médica de Alta Especialidad</p> <p>Responsable del resguardo en la Delegación y UMAE</p>	<p style="text-align: center;">Etapa I Dotación del certificado de defunción y de muerte fetal</p> <p style="text-align: center;">Fase 1 Dotación en la Delegación y UMAE</p> <ol style="list-style-type: none">1. Designa al(os) responsable(s) del Área Médica, Trabajo Social o Área Administrativa para el control y resguardo de los juegos originales de los certificados de defunción y de muerte fetal.2. Gestiona mensualmente ante la Jurisdicción Sanitaria de la Secretaría de Salud que le corresponde, la dotación de certificados en blanco de defunción y de muerte fetal. NOTA: Conforme a las características geográficas del Estado los responsables del control de certificados en la Delegación, UMAE, Unidades Médicas y los responsables en los SESA, podrán acordar la logística de distribución más adecuada considerando siempre el uso de recursos para traslados, dotación y control de folios.3. Recibe los certificados de defunción y de muerte fetal en blanco, y firma en acuse de la Delegación o acta de entrega de la Jurisdicción Sanitaria de la Secretaría de Salud y anota la cantidad de certificados y los folios inicial y final que fueron recibidos.4. Resguarda y controla los certificados de defunción y de muerte fetal.5. Elabora mensualmente el "Reporte de certificados expedidos y cancelados" 2E10-014-001 Anexo 5, relacionando la cantidad entregada a cada unidad médica.



Responsable	Descripción de actividades
<p>Responsable del resguardo en la en la Unidad Médica de Primer y Segundo Nivel de Atención</p> <p>Responsable del resguardo en la Unidad Médica</p>	<p style="text-align: center;">Fase 2 Dotación en Unidad Médica</p> <p>6. Recibe del Responsable del resguardo de los certificados de defunción y muerte fetal de la Delegación para su distribución y entrega al personal médico el “Reporte de certificados expedidos y cancelados” 2E10-014-001 Anexo 5, relacionando la cantidad entregada a cada unidad médica.</p> <p>7. Gestiona mensualmente ante el almacén de la unidad, la dotación de los formatos: “Copia institucional del certificado de defunción”, 2E10-009-021 (Anexo 1); “Copia institucional del certificado de muerte fetal”, 2E10-009-022 (Anexo 2); “Control y registro de defunciones por causas accidentales o violentas”, 2E10-009-023 (Anexo 3) y “Corrección de las causas de defunción para procesamiento estadístico”, 2E10-009-024 (Anexo 4).</p> <p>8. Adjunta una “Copia institucional del certificado de defunción”, 2E10-009-021 (Anexo 1) o de la “Copia institucional del certificado de muerte fetal”, 2E10-009-022 (Anexo 2), al juego original del certificado de defunción o de muerte fetal de la Secretaría de Salud, para su entrega al personal Médico que lo solicite. Transcribe además a estas copias el mismo número de folio del formato oficial del certificado de defunción o muerte fetal original.</p> <p style="text-align: center;">Etapa II Expedición de certificados de defunción o de muerte fetal</p>
<p>Médico tratante</p>	<p>9. Diagnostica y en su caso confirma la muerte del paciente.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Responsable del resguardo en la Unidad Médica</p> <p>Médico certificador o persona responsable de servicio Médico</p> <p>Asistente Médica o enfermera responsable del servicio o responsable de Trabajo Social</p> <p>Médico certificador o persona responsable de servicio Médico</p>	<p>14. Registra en “Libreta de control de certificados de defunción” 2660-021-006 solicitando firma de recepción del “Certificado de defunción o muerte fetal”, al personal Médico que lo recibió.</p> <p>NOTA: La “Libreta de control de certificados de defunción”, clave 2660-021-006, es el anexo 3 del “Procedimiento para el tránsito, deposito, entrega y traslado de cadáveres en los servicios hospitalarios” 2660-003-005.</p> <p>15. Recibe del Subdirector Médico del turno o responsable de la unidad el “Certificado de defunción o de muerte fetal” y la copia institucional que servirá como borrador “Copia institucional de certificado de defunción”, 2E10-009-021 (Anexo 1) o de la “Copia institucional del certificado de muerte fetal”, 2E10-009-022 (Anexo 2); según sea el caso.</p> <p>16. Solicita la presencia del familiar o persona legalmente responsable.</p> <p>17. Notifica a los familiares o representante legal sobre el fallecimiento del paciente y les solicita los datos necesarios para elaborar el “Certificado de defunción o de muerte fetal”.</p> <p>18. Registra como borrador los datos en la “Copia institucional del certificado de defunción” 2E10-009-021 (Anexo 1) o en la “Copia institucional del certificado de muerte fetal” 2E10-009-022 (Anexo 2), según sea el caso, de acuerdo con las instrucciones que aparecen en el reverso del formato original, según corresponda.</p> <p>NOTA: El Médico certificador deberá elaborar el certificado de defunción o de muerte fetal con letra legible, sin tachaduras o enmendaduras.</p> <p>19. Valida los datos de la “Copia institucional del certificado de defunción” 2E10-009-021 (Anexo 1) o de la “Copia institucional del certificado de muerte fetal” 2E10-009-022 (Anexo 2), con los familiares o representante legal del fallecido y una vez corroborado y que la información es correcta transcribe la información en el juego original del certificado de defunción o de muerte fetal y lo firma.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico certificante o persona responsable de servicio Médico	<p>NOTA: En caso de datos incorrectos cancela el “Certificado de defunción o de muerte fetal” e informa verbalmente al Subdirector Médico de turno o responsable de la unidad el motivo de la cancelación, entrega el certificado cancelado y solicita un nuevo juego de formatos.</p> <p>20. Separa la tercera copia del “Certificado de defunción o de muerte fetal” (hoja color verde) y en la “Copia institucional del certificado de defunción” 2E10-009-021 (Anexo 1) o en la “Copia institucional del certificado de muerte fetal” 2E10-009-022 (Anexo 2) anota en la parte superior:</p> <ul style="list-style-type: none">• El nombre y número de la unidad de adscripción del fallecido;• La clave y nombre de la especialidad;• El servicio en el que se proporcionó la atención (Urgencias, UCI, UGIN o servicio en hospitalización). <p>NOTA: El original del certificado, así como las dos primeras copias no deben incluir los datos adicionales solicitados en el punto anterior.</p> <p>21. Envía el original y las dos primeras copias del “Certificado de defunción o de muerte fetal” a la Trabajadora Social, para su entrega a los familiares del fallecido.</p> <p>22. Entrega al personal de Enfermería o Asistente Médica, el “Expediente clínico” y la tercera copia del “Certificado de defunción o de muerte fetal” (hoja color verde).</p> <p>23. Desecha la “Copia institucional del certificado de defunción” 2E10-009-021 (Anexo 1) o la “Copia institucional de muerte fetal” (Anexo 2), que fue usada como borrador del certificado original.</p> <p>NOTA: En caso de causas contenidas en la lista de muerte sujetas a vigilancia epidemiológica de notificación inmediata deberá notificar al responsable de epidemiología para que realice el análisis correspondiente (actividades 36 a la 39).</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsable de enfermería</p> <p>Médico certificante o persona responsable de servicio Médico</p> <p>Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsable de enfermería</p>	<p>NOTA: Una vez entregado el certificado de defunción o de muerte fetal a los familiares, cualquier aclaración posterior sobre las causas de defunción deberá ser realizada en el formato "Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico", 2E10-009-004, (Anexo 4).</p> <p>31. Solicita al Subdirector Médico o responsable del resguardo de los formatos de la Unidad el formato "Corrección de las causas de defunción para procesamiento estadístico" 2E10-009-024, (Anexo 4), en original y copia.</p> <p>32. Recibe del Subdirector Médico o responsable del resguardo de los formatos de la Unidad el formato "Corrección de las causas de defunción para procesamiento estadístico" 2E10-009-024, (Anexo 4) en original y copia.</p> <p>33. Requisita el formato "Corrección de las causas de defunción para procesamiento estadístico" 2E10-009-024, (Anexo 4) en original y copia y entrega a la Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsable de Enfermería, anexando la tercera copia del "Certificado de defunción o de muerte fetal" (hoja color verde), para su devolución al ARIMAC.</p> <p>34. Entrega al término del turno; o en el caso de fines de semana o días festivos, a más tardar al día hábil siguiente antes de las 09:00 horas. al ARIMAC, el expediente clínico del egreso por defunción (de hospitalización, quirófano, urgencias, UCI o UCIN) junto con la tercera copia del "Certificado de defunción o de muerte fetal" (hoja color verde) y la "Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/17" 2E10-009-013 o en su caso la "Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal Alta 1 Neo/2017", 2E10-009-015 y el formato "Corrección de las causas de defunción para procesamiento estadístico" 2E10-009-024, (Anexo 4).</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p>constancia de notificación y la anexa a libreta de control de casos legales</p> <p>NOTA: En este caso el certificado de defunción o de muerte fetal se elabora en la Agencia del Ministerio Público.</p> <p>45. Registra las actividades realizadas en el formato “Nota de trabajo social médico, 4-30-54/2000”, clave 2660-009-058 para glosarla al expediente clínico del paciente fallecido.</p> <p>NOTA: La “Nota de trabajo social médico, 4-30-54/2000”, clave 2660-009-058 es el anexo 2 del “Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades Hospitalarias”. 2660-003-028</p>
Asistente Médica o Enfermera	<p>46. Recibe del Médico tratante o persona responsable de servicio Médico el formato “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3), en original y copia.</p> <p>47. Entrega al término del turno; o en el caso de fines de semana o días festivos, a más tardar al día hábil siguiente antes de las 09:00 horas. al ARIMAC, el “Expediente clínico” del egreso por defunción (de hospitalización, quirófano, urgencias, UCI o UCIN) junto con el original y copia del formato “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3), y la “Hoja de Alta Hospitalaria ALTA 1/17”, 2E10-009-013 y la “Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal Alta 1 Neo/2017”, 2E10-009-015 para su registro en SIMO Central.</p>
Personal del ARIMAC (Oficial, Coordinador(a) y Jefa o Jefe de Grupo de Estadística)	<p>48. Recibe el “Expediente clínico” del egreso por defunción (de hospitalización, urgencias, UCI o UCIN) por causa accidental o violenta junto con el formato “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3) y la “Hoja de Alta Hospitalaria ALTA 1/17”, 2E10-009-013 y la “Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal Alta 1 Neo/2017”, 2E10-009-015 para su registro en SIMO Central.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del ARIMAC (Oficial, Coordinador(a) y Jefa o Jefe de Grupo de Estadística)	<p>49. Verifica con el responsable del resguardo del formato “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3):</p> <ul style="list-style-type: none">• El nombre y número de la unidad de adscripción del fallecido;• La clave y nombre de la especialidad y el servicio en que se proporcionó la atención (domicilio, urgencias, UCI, UCIN o servicio en hospitalización);• Si la causa básica es correcta en el requisitado “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3). <p style="text-align: center;">No existen inconsistencias</p> <p>Continúa en la actividad 57.</p> <p style="text-align: center;">Existen inconsistencias</p> <p>50. Devuelve el expediente clínico del paciente fallecido (de hospitalización, quirófano, urgencias, UCI o UCIN) junto con el “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3) y solicita aclaración a la Coordinadora de asistente médica o Responsable de Enfermería para correcciones pertinentes, registrando la devolución del formato (fecha, hora) en la “Bitácora de recepción de formatos fuente”. 2E10-009-019.</p>
Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsable de Enfermería	<p>51. Solicita la aclaración con la persona responsable de servicio médico Jefa o Jefe del Servicio Médico, sobre las causas de defunción o cualquier otro dato registrado en el “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3).</p>
Médico certificante o persona responsable de servicio Médico	<p>52. Solicita al Subdirector Médico o responsable del resguardo de los formatos de la Unidad el formato “Corrección de las causas de defunción para procesamiento estadístico” 2E10-009-024, (Anexo 4), en original y copia.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Médico certificante o persona responsable de servicio Médico</p> <p>Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsable de Enfermería</p> <p>Personal del ARIMAC (Oficial, Coordinador(a) y Jefa o Jefe de Grupo de Estadística)</p>	<p>53. Recibe del Subdirector Médico o responsable del resguardo de los formatos de la Unidad el formato “Corrección de las causas de defunción para procesamiento estadístico” 2E10-009-024, (Anexo 4) en original y copia.</p> <p>54. Requisita formato “Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico” 2E10-009-004, (Anexo 4), en original y copia y lo anexa al “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3), y entrega a la Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsable de Enfermería para su devolución al ARIMAC.</p> <p>55. Recibe formato “Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico” 2E10-009-004, (Anexo 4), anexa el “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3) y entrega al ARIMAC.</p> <p style="text-align: center;">Etapa III Registro en el Sistema de Mortalidad</p> <p>56. Recibe todos los formatos la tercera copia del “Certificado de defunción o de muerte fetal” (hoja color verde) y el formato “Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico” 2E10-009-004, (Anexo 4), anexado al “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3).</p> <p>57. Registra en el Sistema de Mortalidad los formatos: tercera copia del “Certificado de defunción o de muerte fetal” (hoja color verde), y en su caso la “Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico” 2E10-009-004 (Anexo 4), anexado al “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3), recibidos de las unidades.</p> <p>NOTA: El formato “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas” 2E10-009-023 (Anexo 3), se registra en el sistema SIMO / SIMO Central conforme al “Procedimiento para el registro estadístico de las atenciones médicas en el sistema de información médico operativo” 2E10-003-002.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Persona responsable del Sistema de Mortalidad en la CIAE	<p>62. Recibe de los responsables de las Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención, la Base de Datos, archivos y validador para la integración de información a nivel Delegación.</p> <p>63. Valida la información buscando coherencia de los datos: sexo, edad, sitio de defunción, causas de la defunción y causa básica, ocurrencia, codificación y folios duplicados entre otros.</p> <p>NOTA: La información con diferencias, debe confrontarse nuevamente con el certificado de defunción y muerte fetal, para realizar los ajustes necesarios, por lo que se deben devolver los archivos a las Unidades Médicas, para su corrección, y estas deberán enviar un nuevo archivo corregido y solo en los casos en que la unidad médica no cuente con el Sistema de Mortalidad, éstas las efectuará la CIAE.</p>
Persona responsable del Sistema de Mortalidad en la CIAE	<p>64. Emite conforme al calendario de cierre, los “Informes preliminares de defunciones” que genera el Sistema de Mortalidad y los envía a las Jefaturas de Servicio. En el caso de la UMAE, los envía al Director de la Unidad, Direcciones Médicas o Divisiones.</p> <p>65. Reciben los “Informes preliminares de defunciones” del Sistema de Mortalidad y validan cifras.</p>
Representantes de las Jefaturas de Servicios en la Delegación.	<p style="text-align: center;">Informes incorrectos</p> <p>66. Solicita las correcciones necesarias a la CIAE y/o UMAE.</p> <p>NOTA: La CIAE solicitará a la Unidad Médica responsable de su emisión realizar las correcciones pertinentes. Solo en los casos en que la unidad médica no cuente con el Sistema de Mortalidad, éstas las efectuará la CIAE.</p>
Responsable del Sistema de Mortalidad en la CIAE o UMAE	<p>67. Verifica que las correcciones a los “Informes preliminares de defunciones” que genera el Sistema de Mortalidad se hayan realizado, y los envía de manera definitiva.</p> <p>Continúa en la actividad 68.</p>



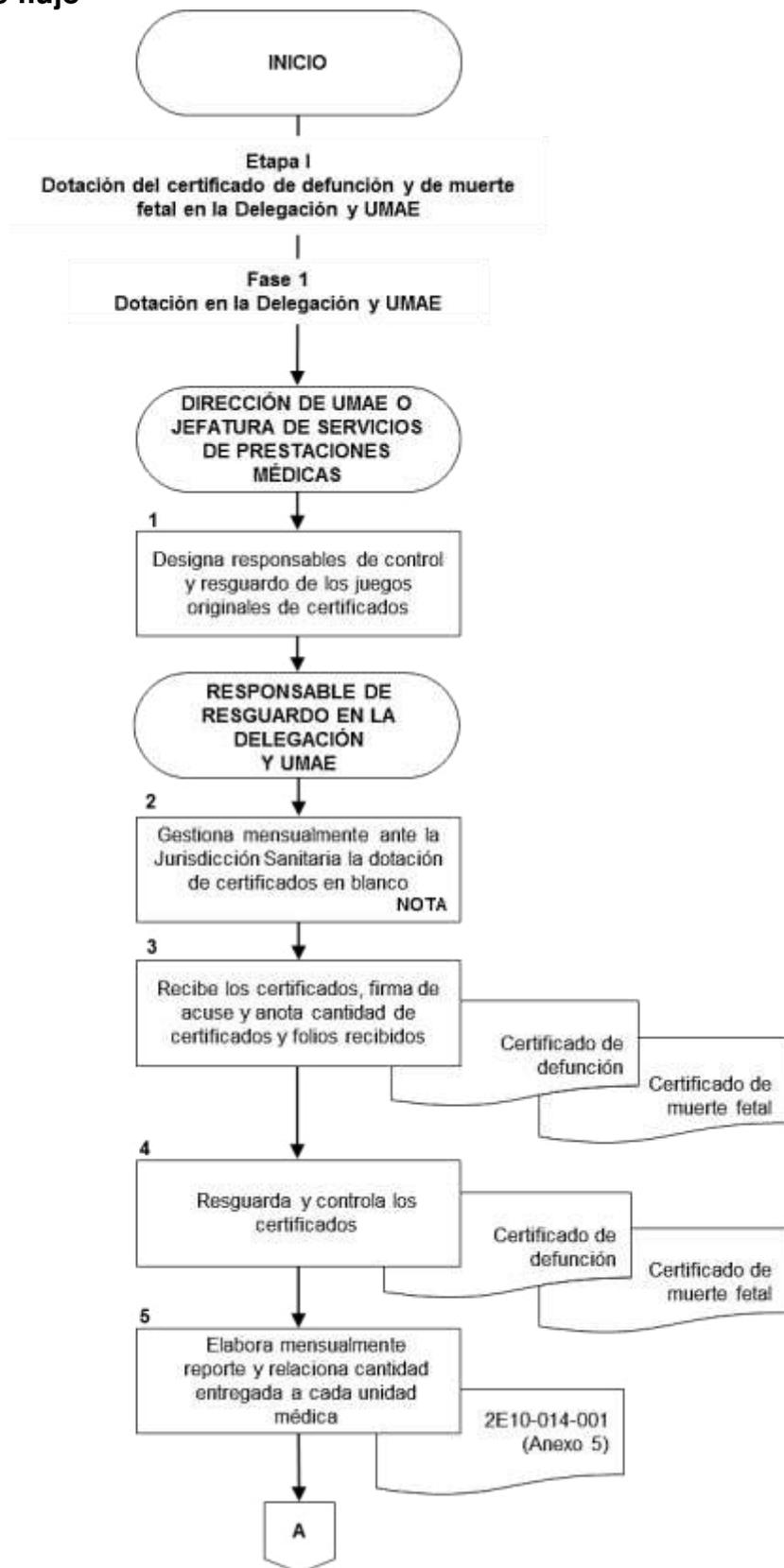
Responsable	Descripción de actividades
<p>Responsable del Sistema de Mortalidad en la CIAE o UMAE</p> <p>Responsable del Sistema de Mortalidad en la CIAE o UMAE y Responsable del resguardo en la Delegación y UMAE.</p> <p>Responsable del Sistema de Mortalidad en la DIS</p>	<p style="text-align: center;">Informes correctos</p> <p>68. Genera mensualmente, el archivo de enlace que contiene la Base de datos de los registros de defunciones para su envío a la División de Información en Salud, en las fechas de cierre establecidas.</p> <p>NOTA: En los casos que la CIAE integra las estadísticas estatales solicitará a las UMAE los archivos de enlace del Sistema de Mortalidad.</p> <p>69. Coteja el número de folio de los certificados recibidos contra los entregados en el “Reporte de certificados expedidos y cancelados” 2E10-014-001 (Anexo 5), informando cuales ya han sido entregados al ARIMAC.</p> <p style="text-align: center;">Etapa IV Integración de información en la División de Información en Salud</p> <p>70. Recibe mensualmente de las CIAE y de las UMAE el archivo de enlace del Sistema de Mortalidad.</p> <p>71. Coteja la información buscando la coherencia entre la información estadística de los registros de SIMO / SIMO Central y DATAMART-EM</p> <p style="text-align: center;">Información inconsistente</p> <p>72. Solicita se realicen las correcciones derivadas de la validación realizada a la CIAE o a la UMAE, en los sistemas correspondientes.</p> <p>Continúa en la actividad 70.</p> <p style="text-align: center;">Información consistente</p> <p>73. Integra la información y elabora mensualmente, los “Informes preliminares de defunciones” por Delegación y a nivel nacional, los cuales entrega a las Coordinaciones Médicas Normativas, para la integración de estadísticas de mortalidad.</p>

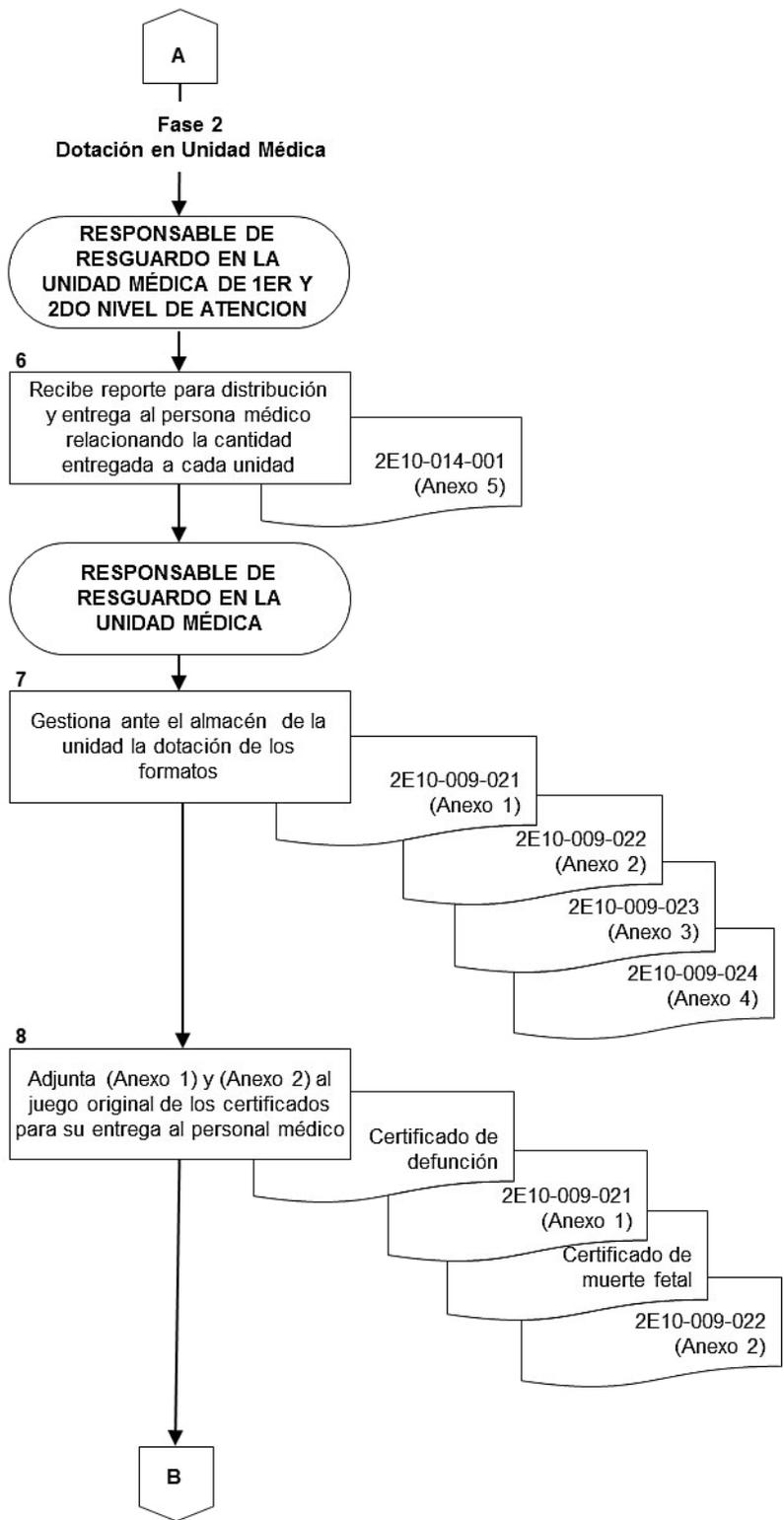


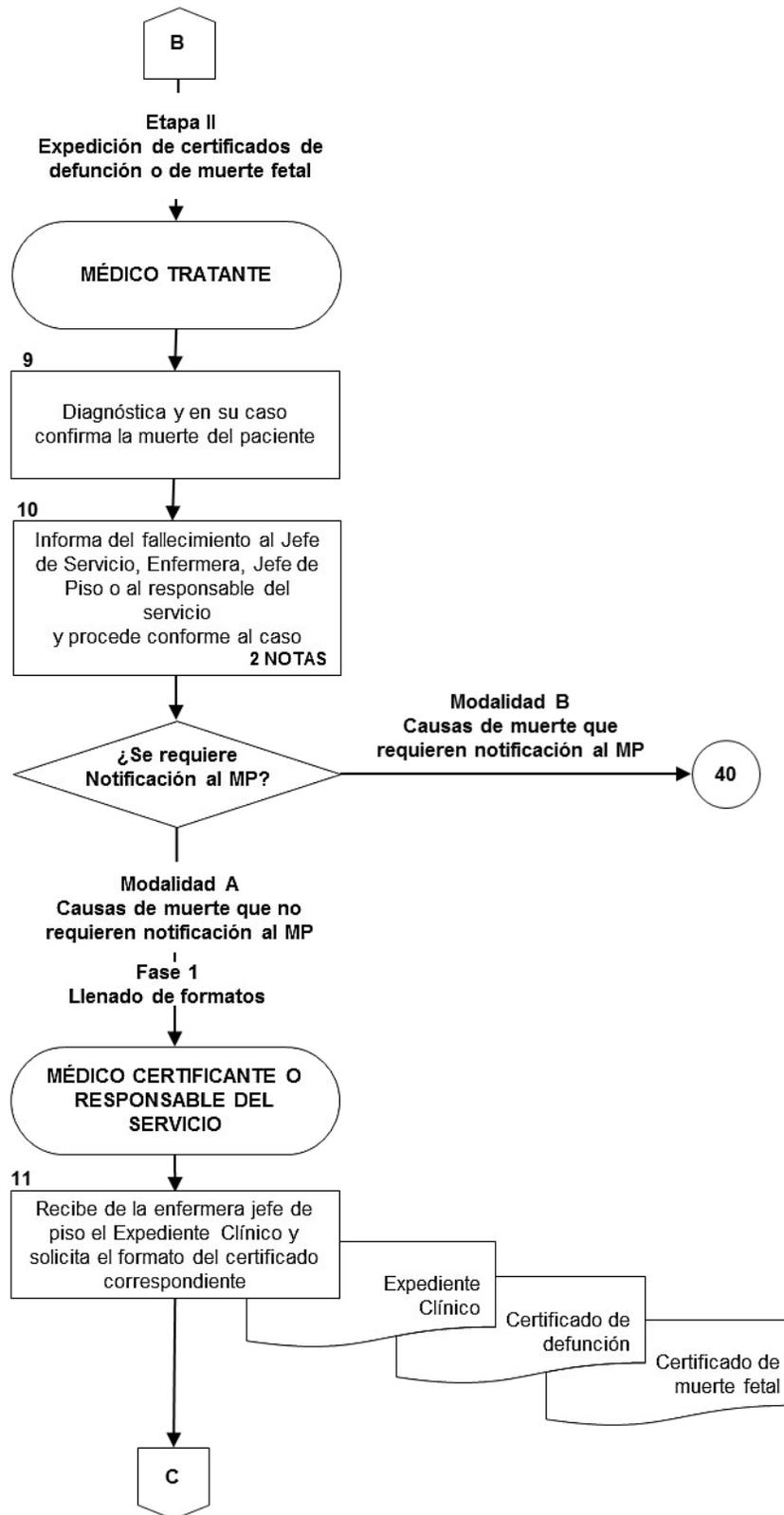
Responsable	Descripción de actividades
Responsable del Sistema de Mortalidad en la DIS	<p>74. Elabora mensualmente los “Informes definitivos de defunciones” que genera el Sistema de Mortalidad y los pone a disposición de las Coordinaciones Médicas Normativas.</p> <p>75. Informa anualmente a cada delegación, sobre el número total de defunciones procesadas, así como de las que ocurrieron en otras circunscripciones, para la actualización de su estadística.</p> <p>76. Elabora y difunde el boletín estadístico anual de mortalidad.</p> <p style="text-align: center;">Fin del procedimiento</p>

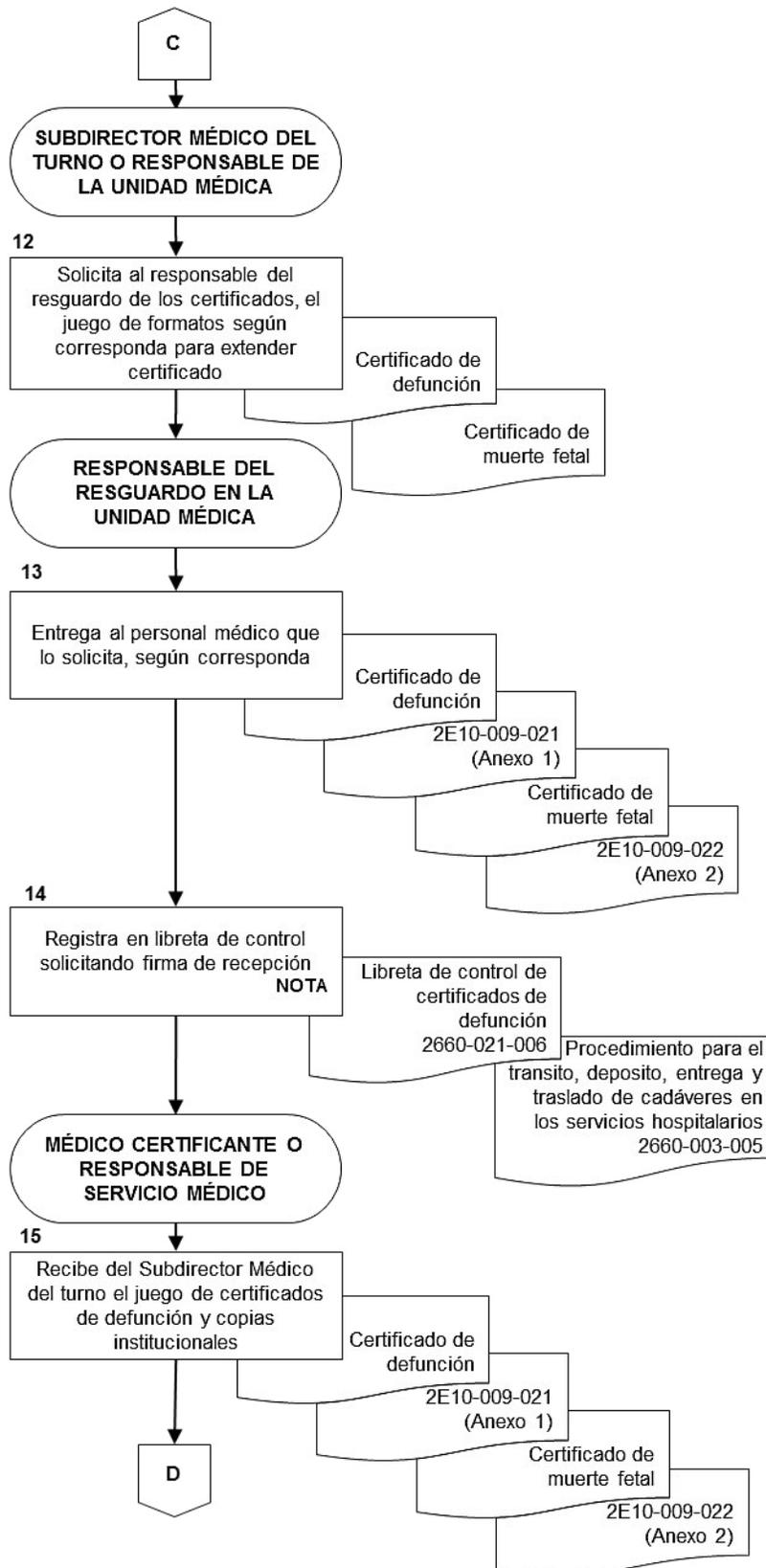


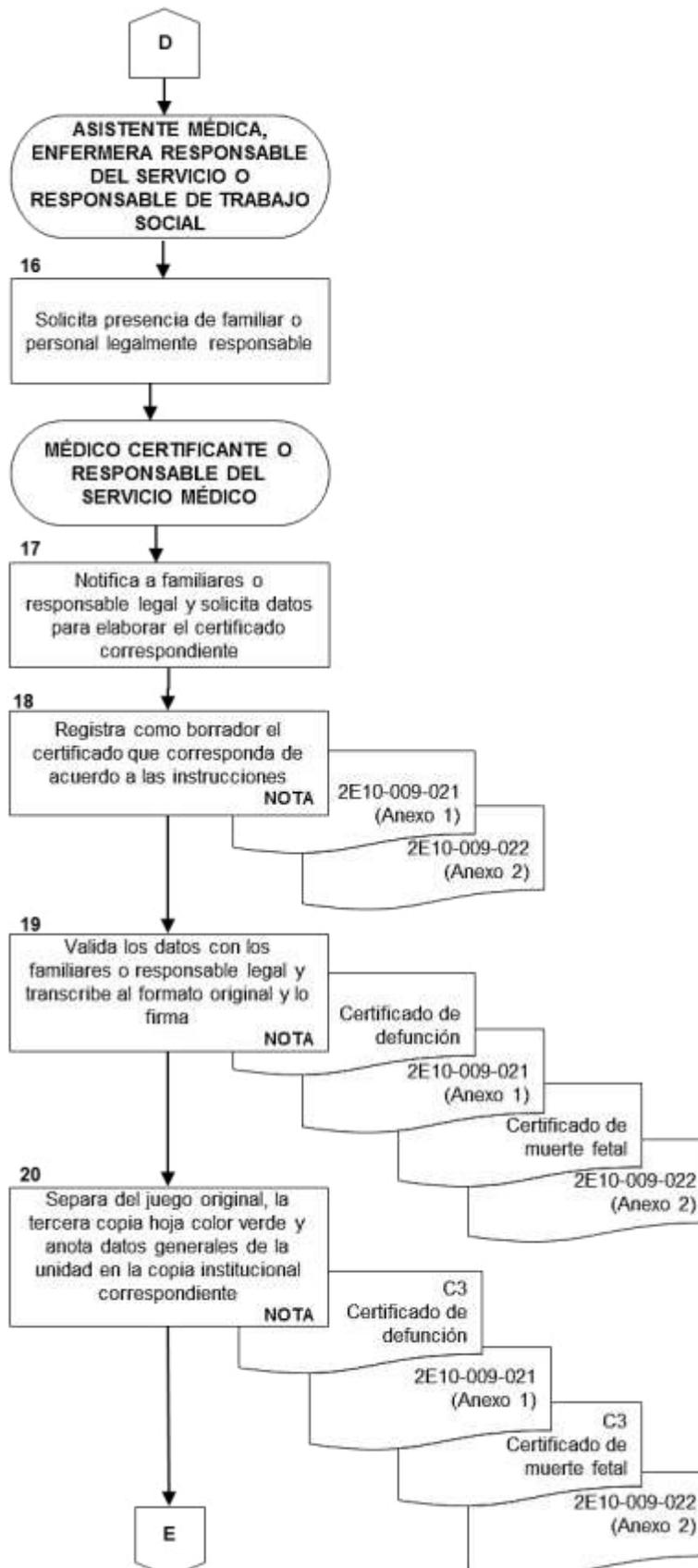
7 Diagrama de flujo

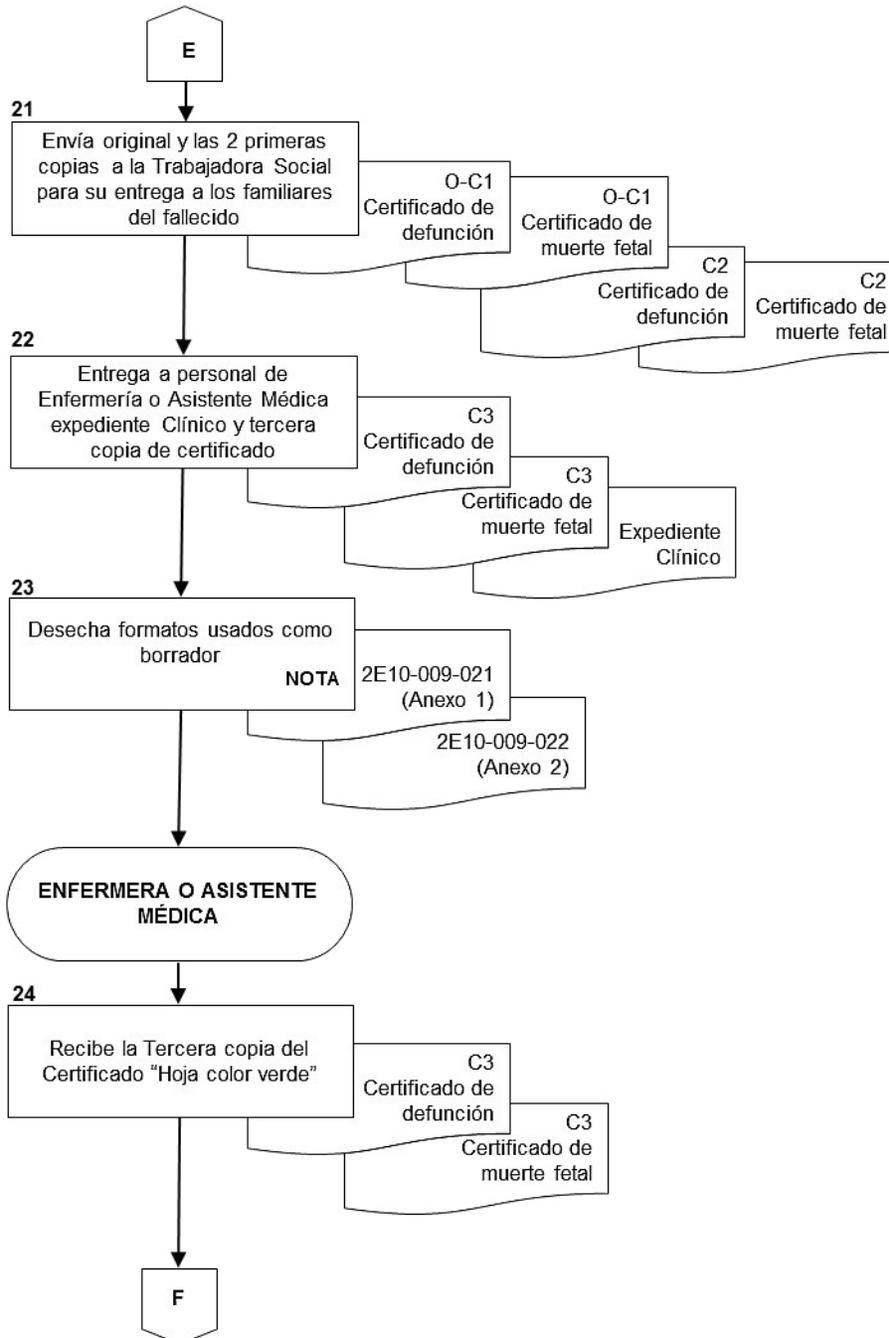


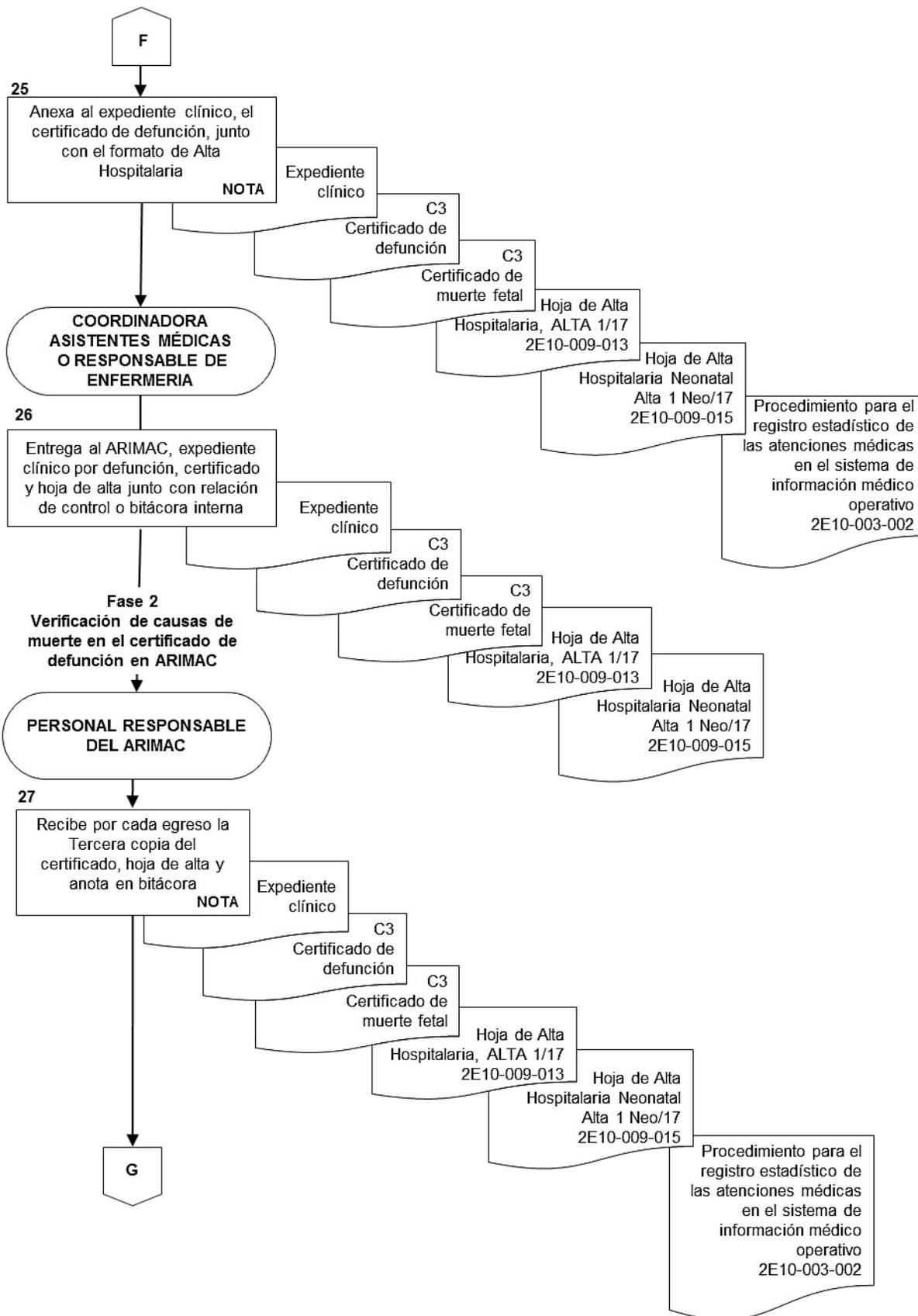


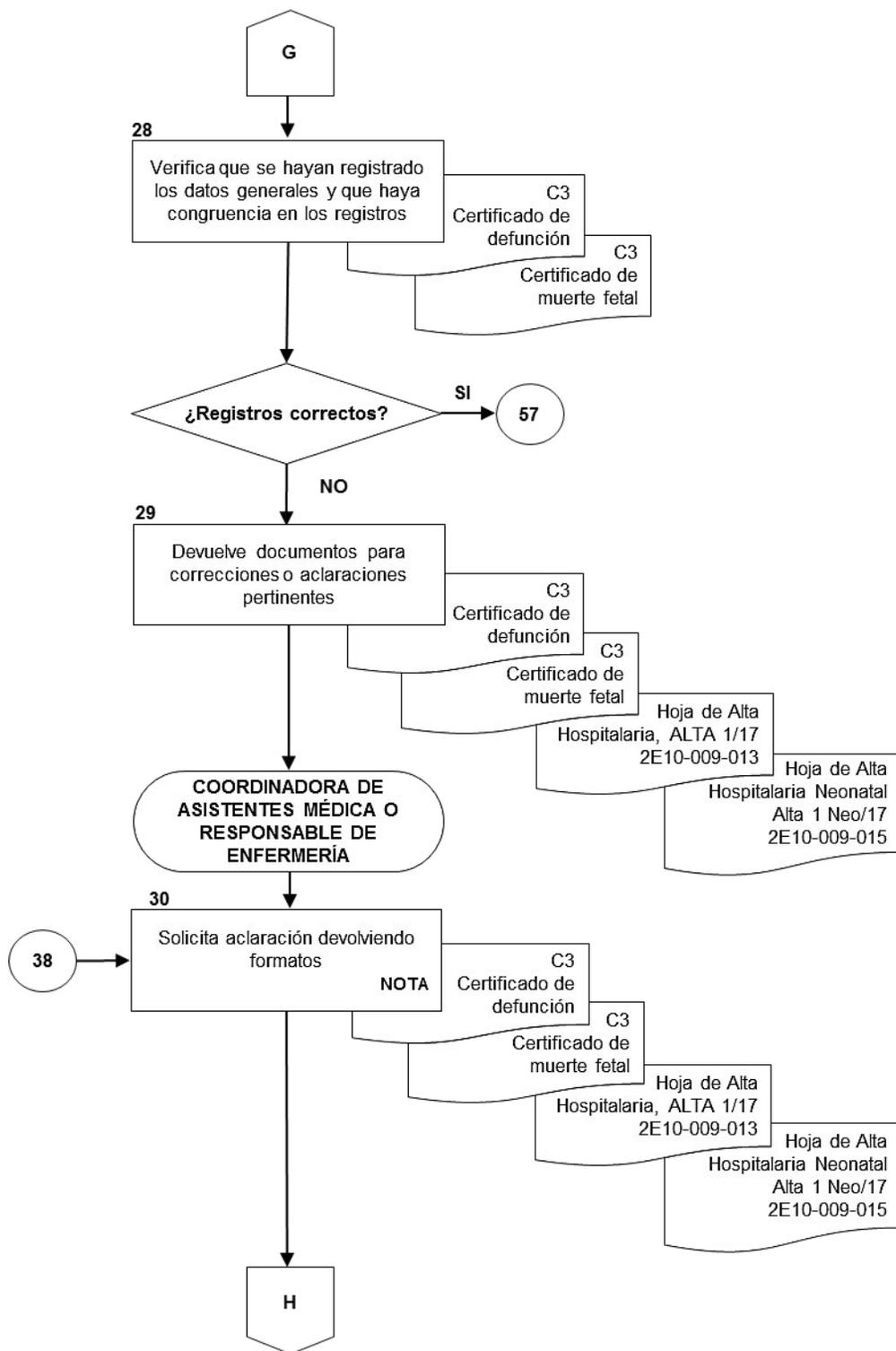


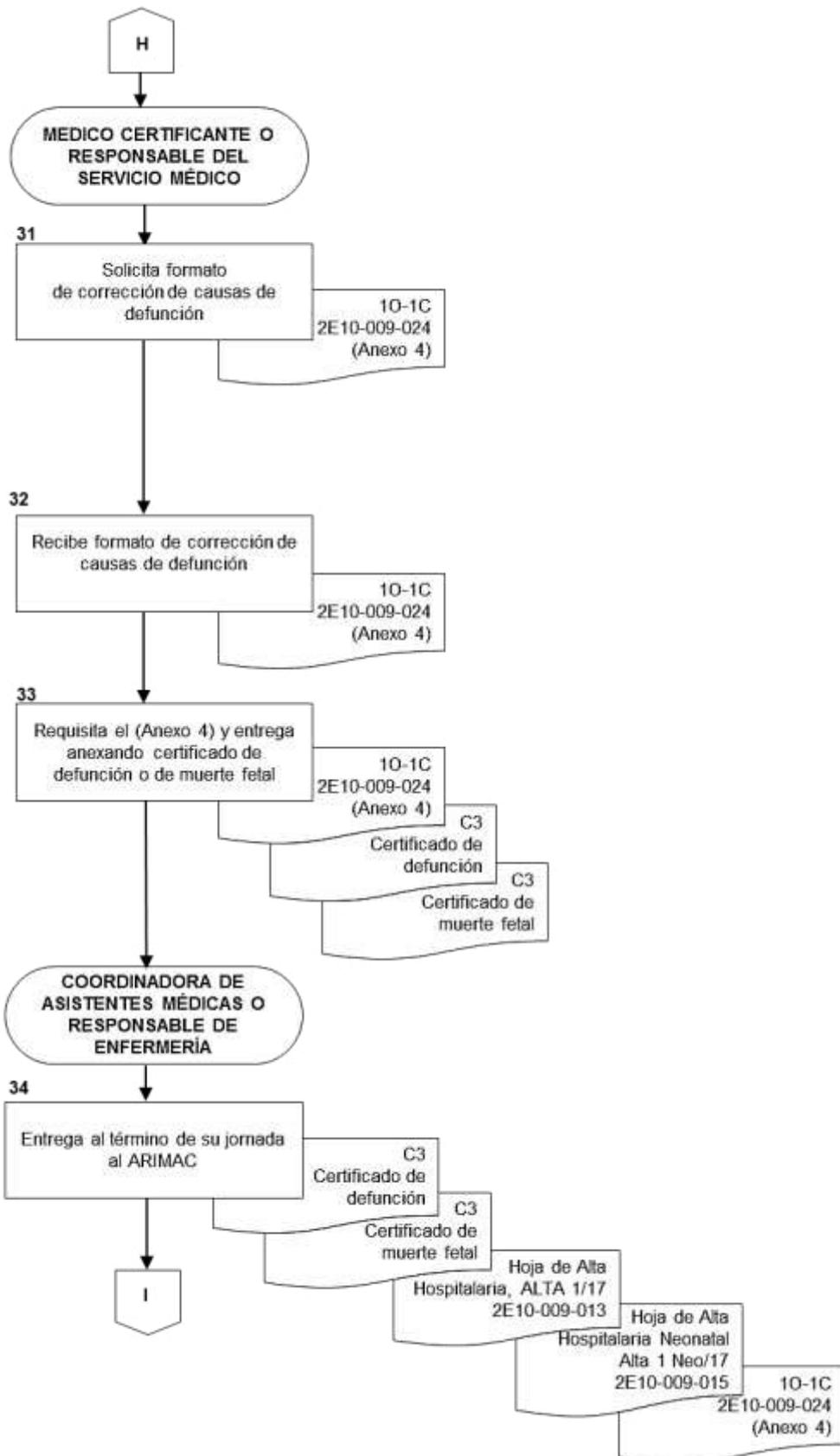


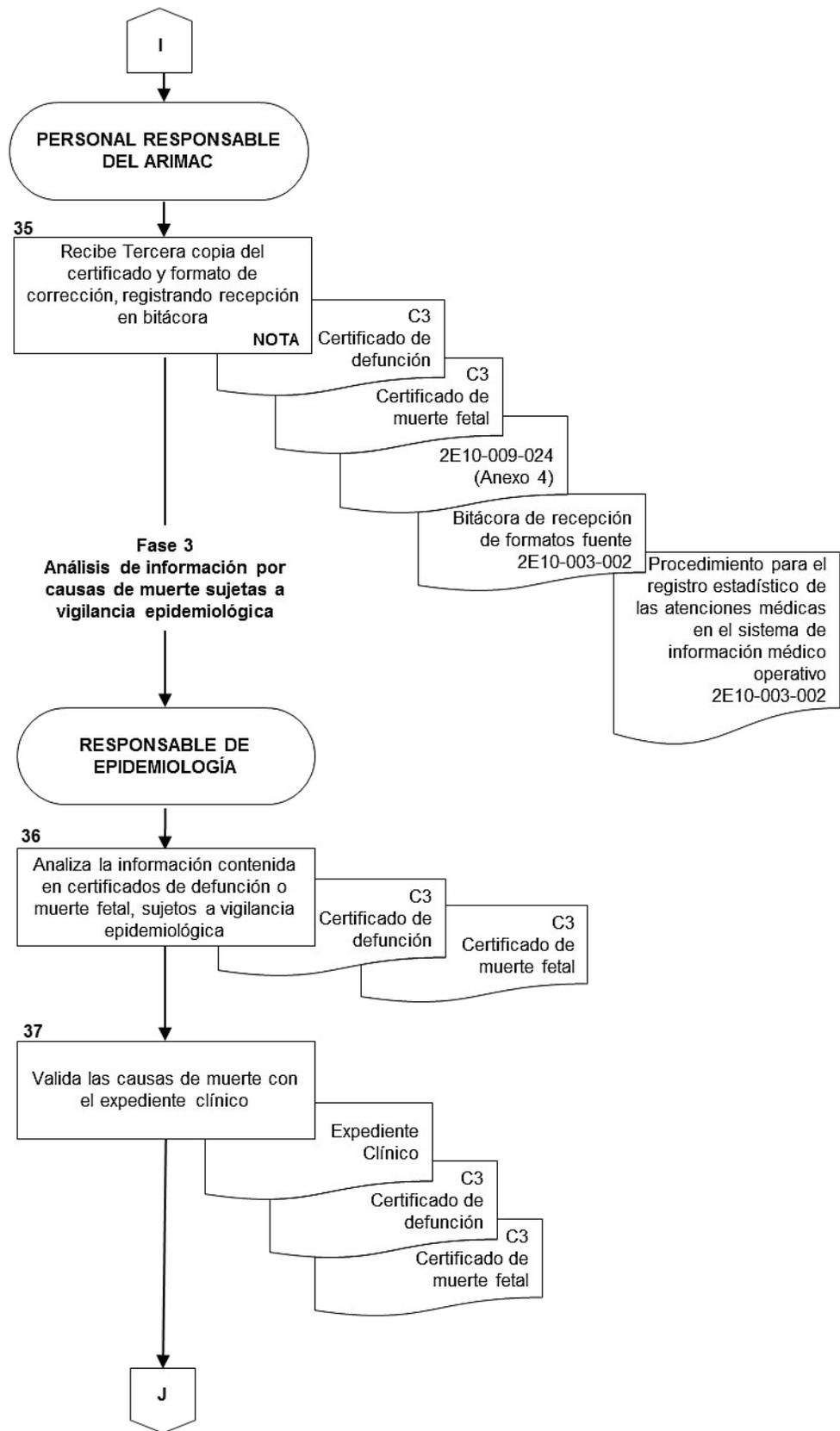


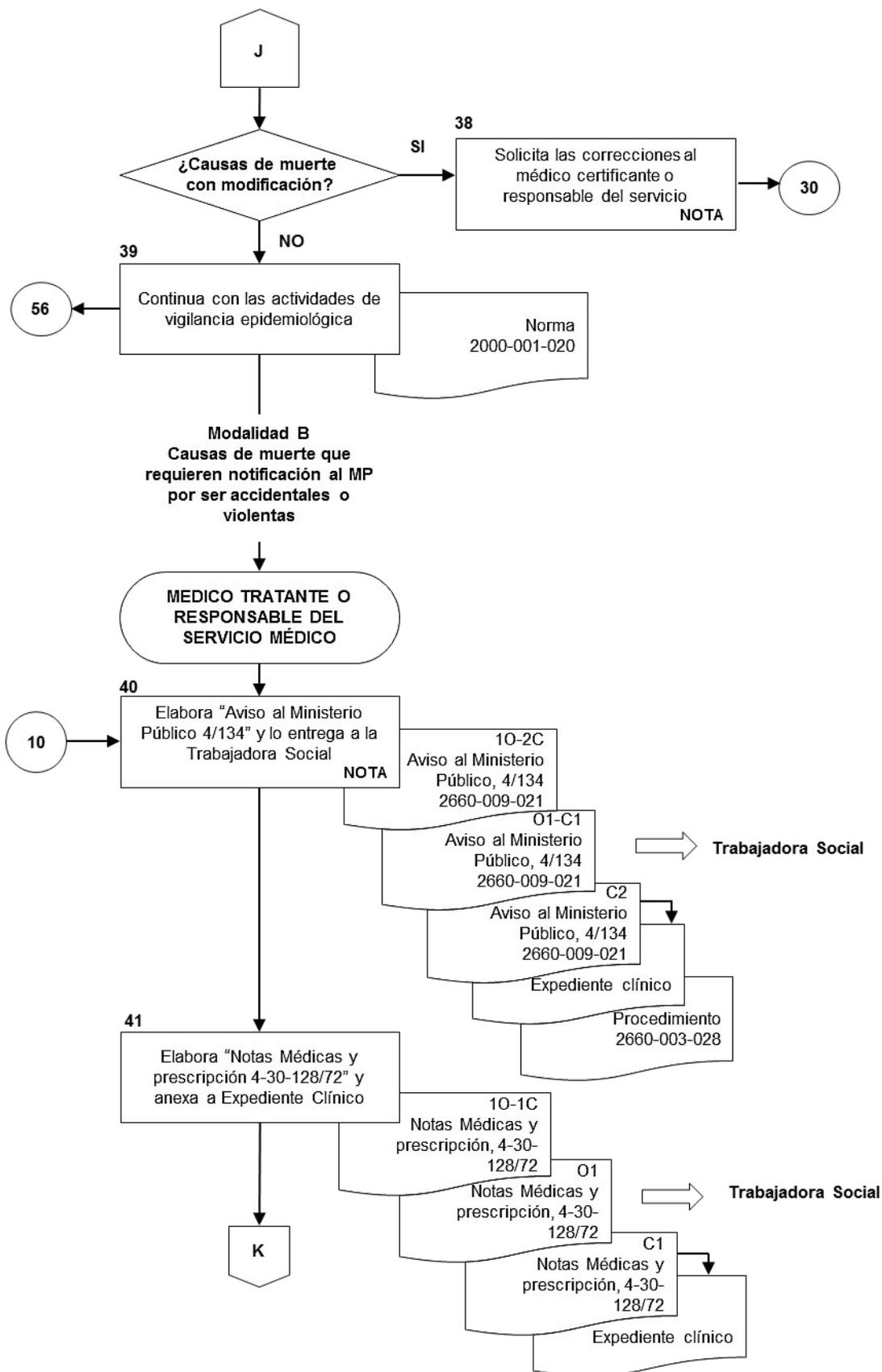


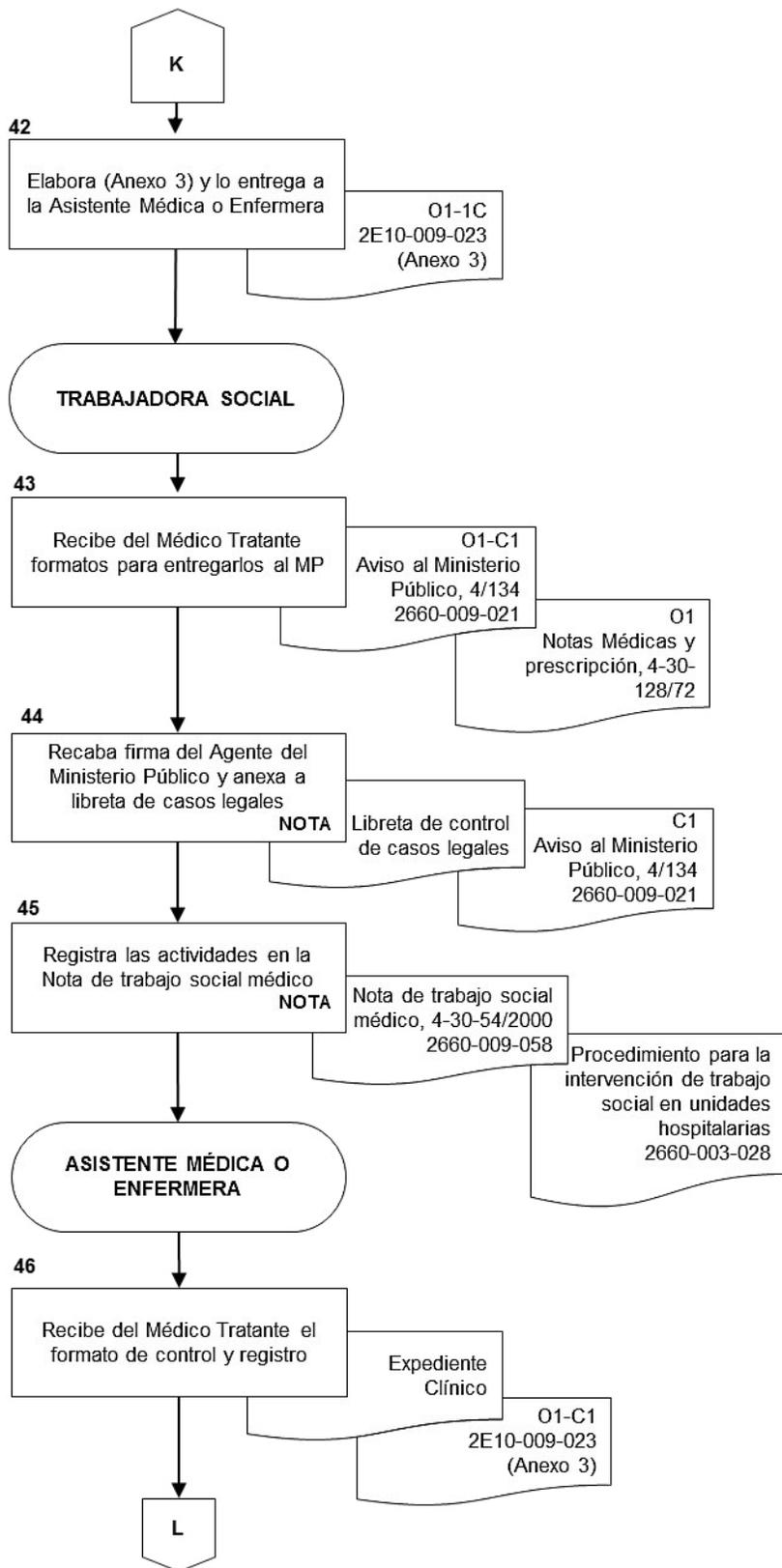


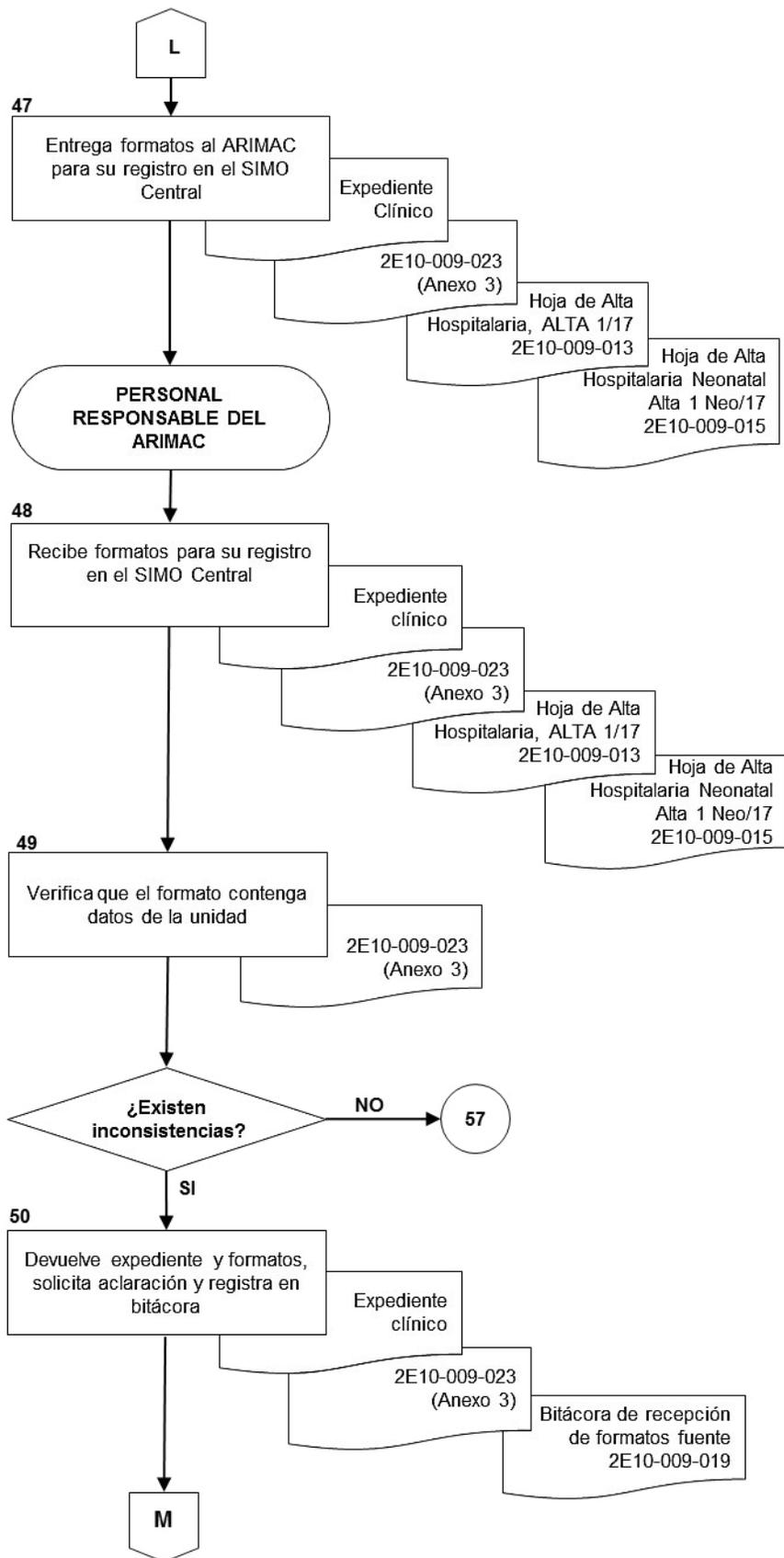


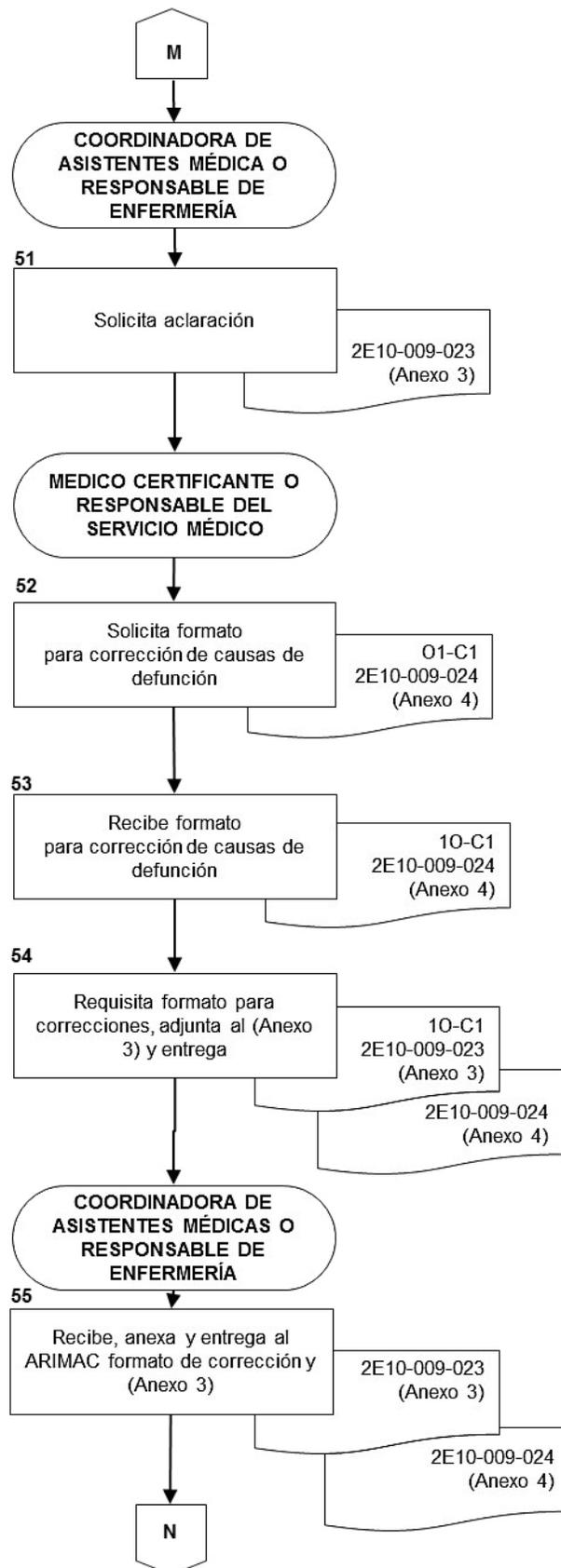


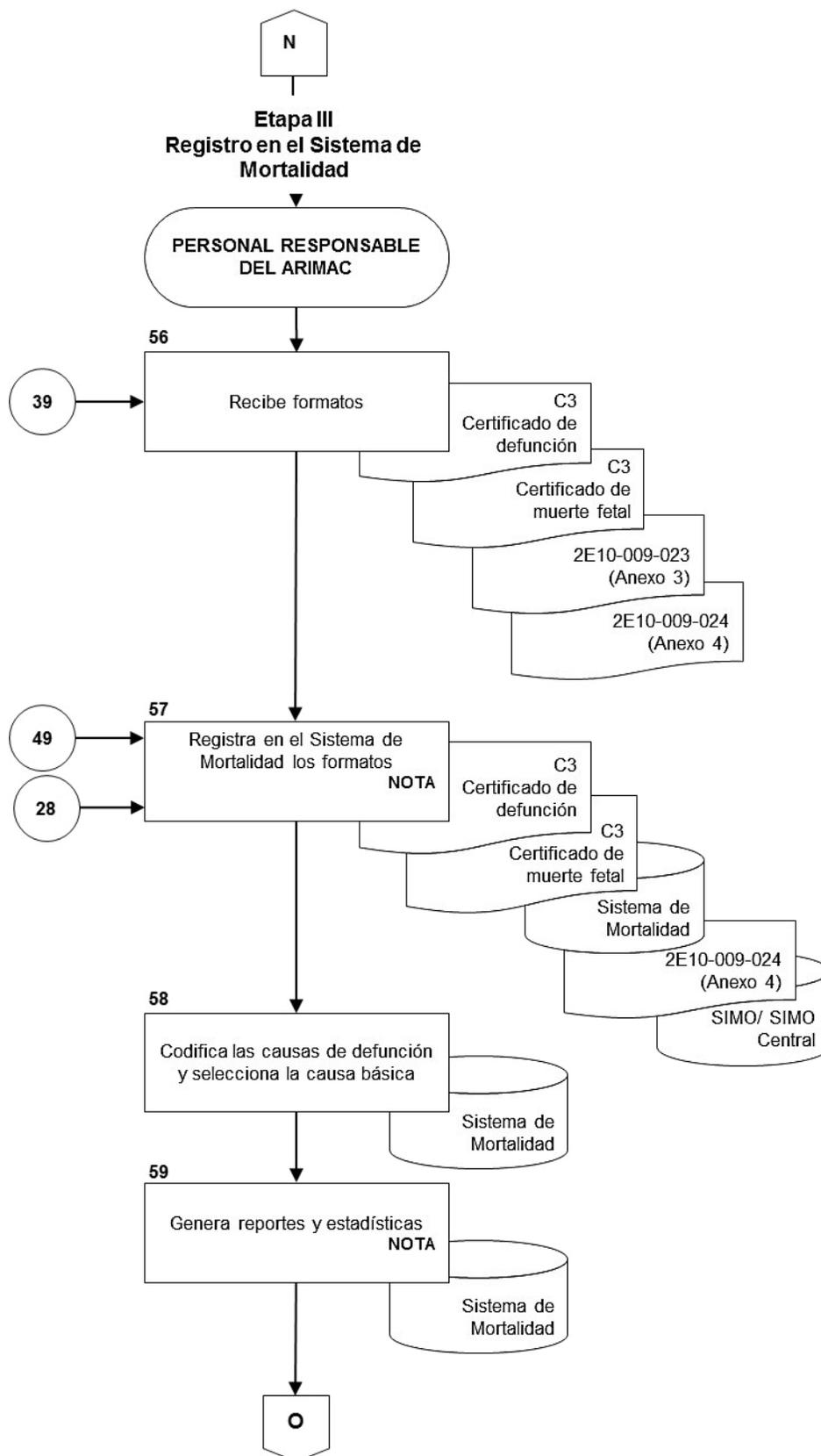


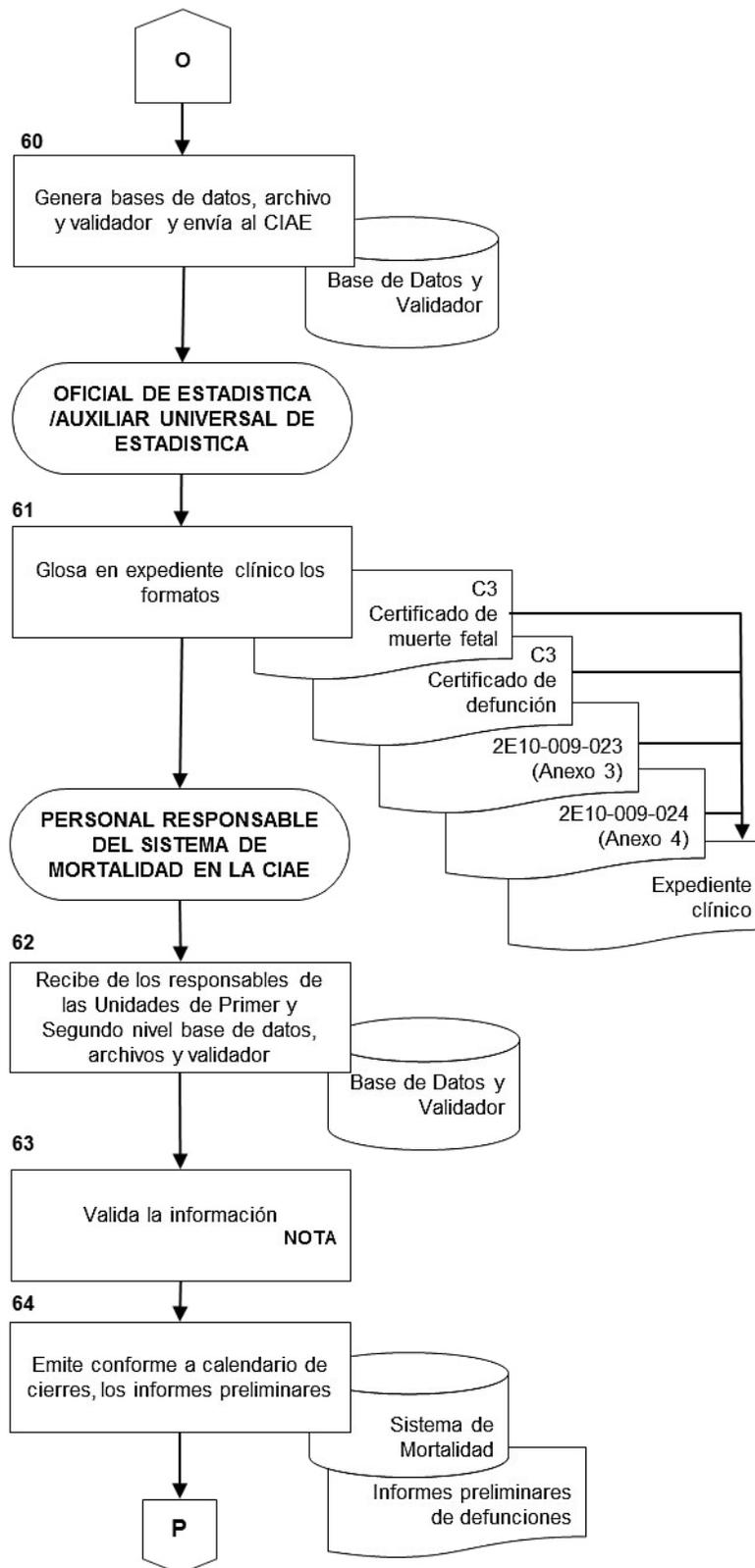


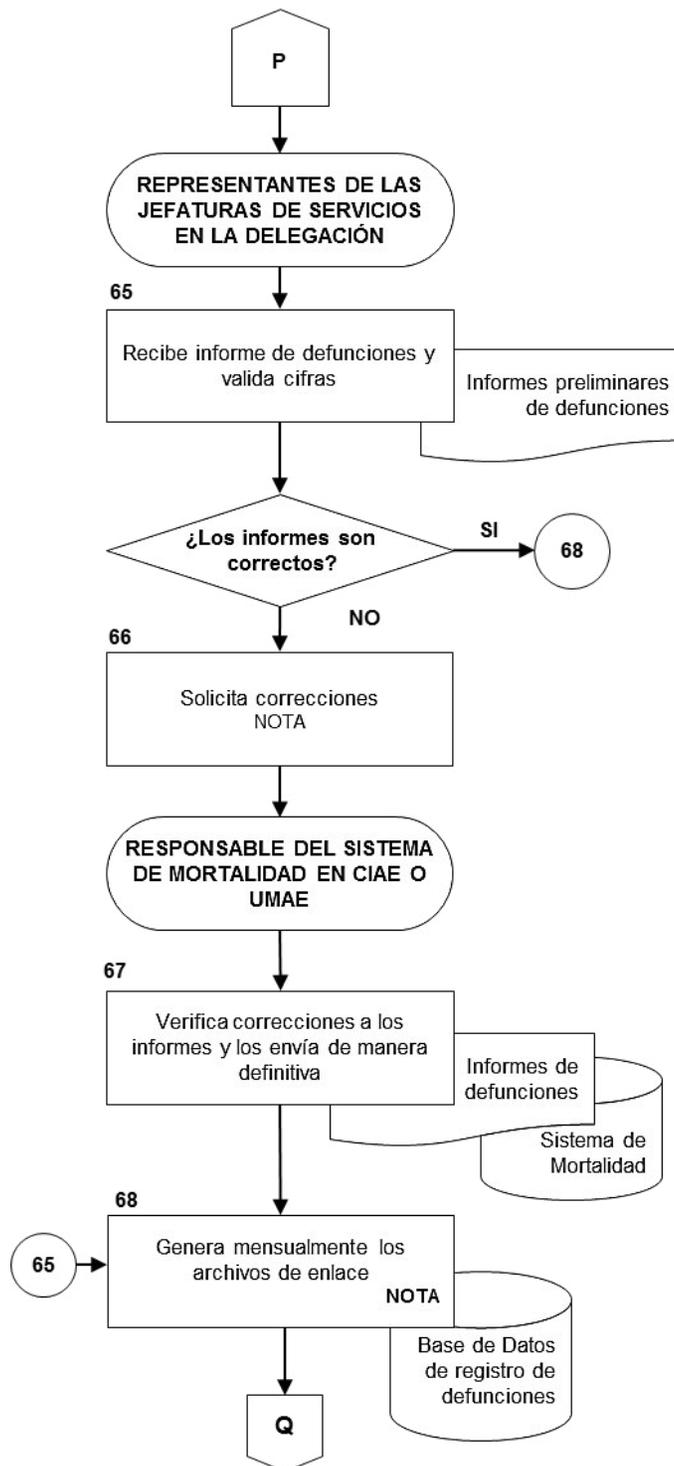


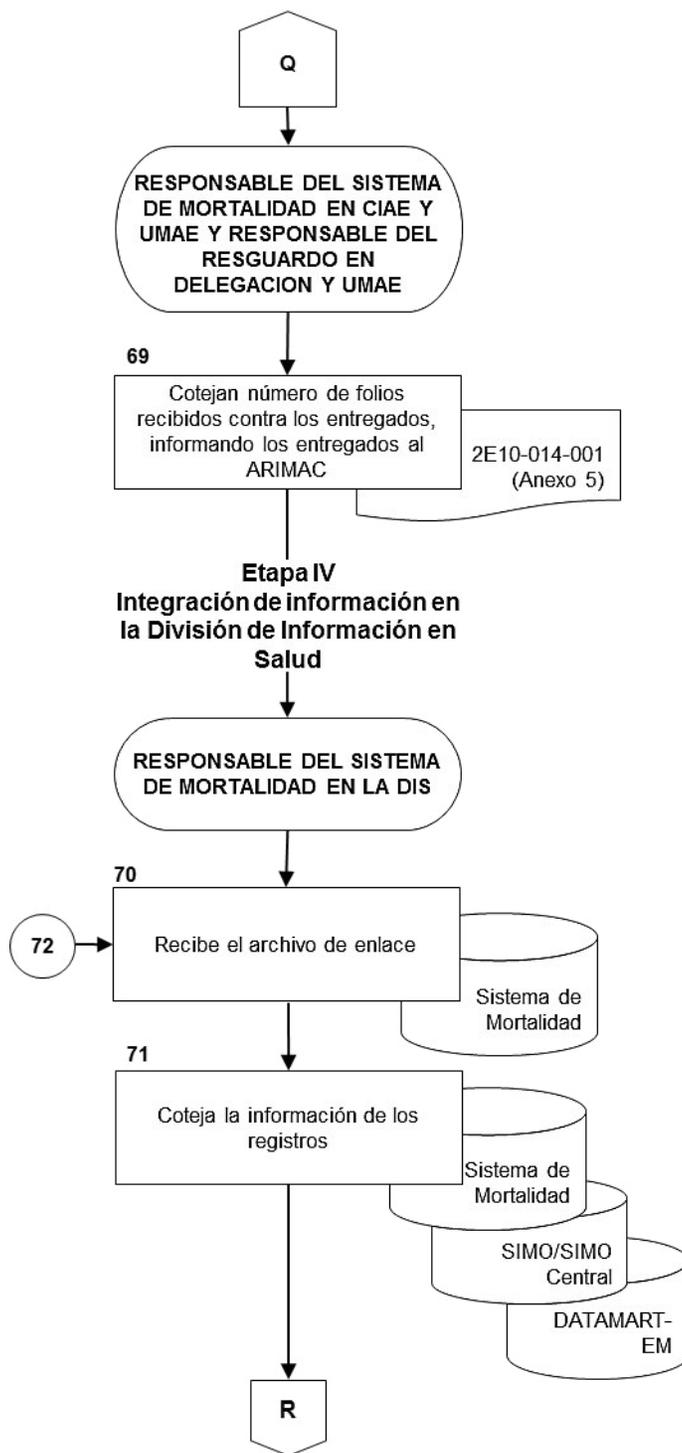


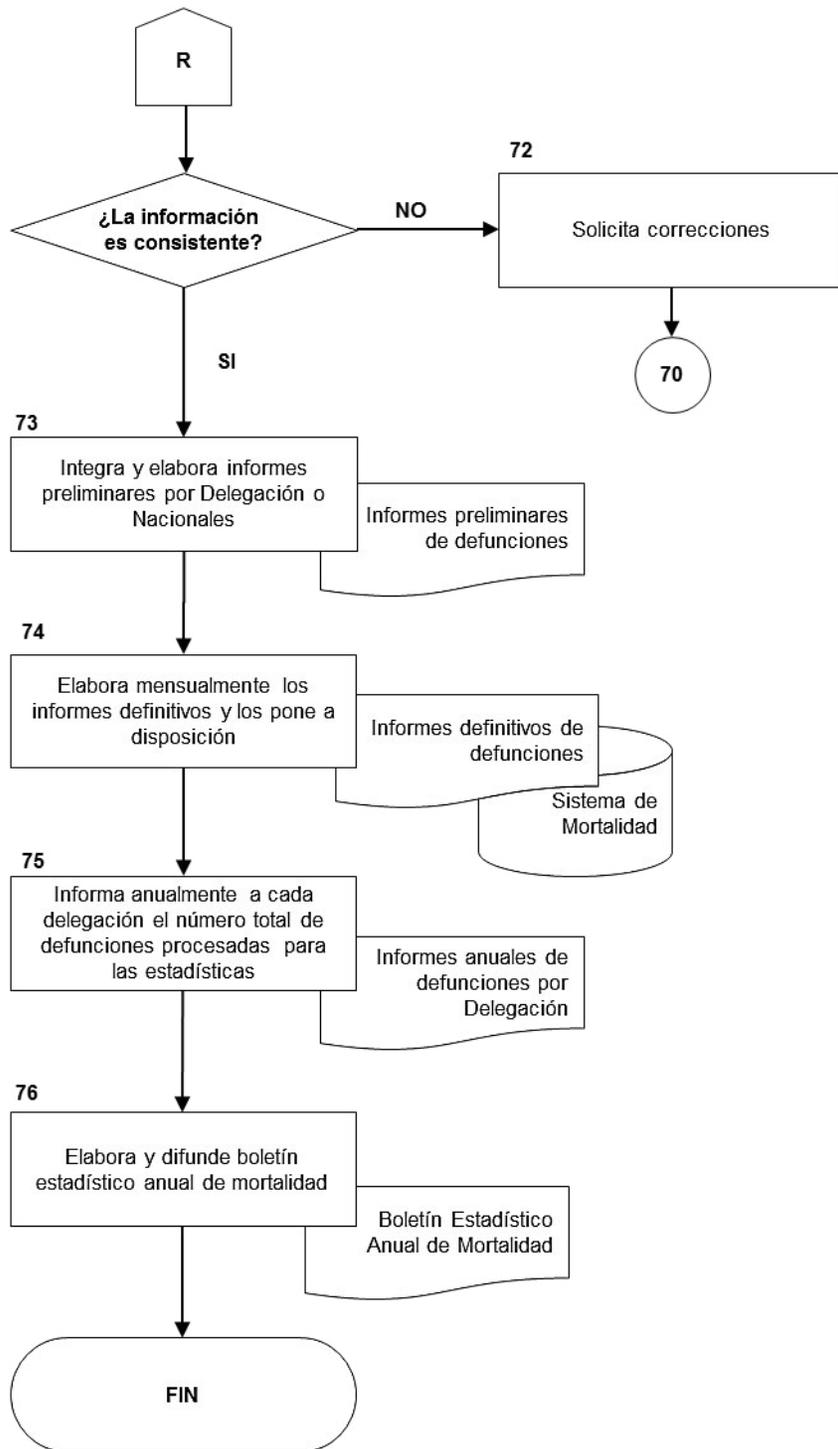














ANEXO 1

“Copia institucional del certificado de defunción”

2E10-009-021

Versión 2017



Anverso

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR, LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 2. FECHA DE NACIMIENTO
 3. SEXO
 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
 5. CURP
 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
 7. NACIONALIDAD
 8. EDAD CUMPLIDA
 9. ESTADO CONYUGAL
 10. RESIDENCIA HABITUAL
 11. ESCOLARIDAD
 12. OCUPACIÓN HABITUAL
 13. AFINIDAD A SERVICIOS DE SALUD
 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN
 PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente.
 Causas antecedentes
 Estados morbosos, o estados algunos, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último la causa última.
 PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que lo produjo.
 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código DE

MUJERES ACCIDENTALES Y VIOLENCIAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante:
 21.2 ¿Las causas antecedentes tienen complicaciones prenatales o complicación al embarazo (parto o puerperio)?
 21.3 ¿Las causas antecedentes son parto o puerperio?
 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VOLONTARIA, ESPECIFIQUE:
 22.1 Fue un presunto:
 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 22.3 Si no donde ocurrió la lesión:
 22.4 Analice la relación que tiene el (de) presuntamente agresor(a) con el(los) fallecido(s).

DEL CERTIFICANTE

23. NOMBRE
 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)
 25. CERTIFICADA POR:
 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
 27. NOMBRE
 28. FIRMA
 29. DOMICILIO Y TELÉFONO
 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICIALIA O JUZGADO
 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
 31.1 Acta núm.
 32.1 Localidad
 32.2 Municipio o Delegación
 32.3 Entidad federativa
 32.4 Día
 32.5 Mes
 32.6 Año

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.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 ATENCIÓN EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD.



ANEXO 1

“Copia institucional del certificado de defunción” INSTRUCTIVO DE LLENADO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe de ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares en donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM - 035 - S5A3 - 2010, en el numeral 12.2.7, el Certificado de Defunción debe de ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado, auxilíese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable de el (la) fallecido(a), sustentada por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una Unidad Médica, recurra al expediente clínico para obtener (o coleccionar) la información.
- Llene en original y tres (3) copias, entregue a los familiares el original y las dos (2) primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercer copia debe de conservarse en la Unidad Médica que verificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente registrarse en el expediente clínico del (de la) fallecido(a). Si el Certificado se expidió fuera de una Unidad Médica, el certificado está obligado a remitir la tercer copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a diez (10) días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice bolígrafo de gel), utilizando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No utilice abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para garantizar la legibilidad de las demás copias. Verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números, utilice arábigos, por ejemplo: 0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro será: día, mes y año. Complete con cero (0) a la izquierda para los días y meses de un solo dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016, anote: 05/03/2016. Registre, incluso, información parcial, llenando con "nuevos" los espacios de la información que sea desconocida, por ejemplo: si solo se conoce el año de nacimiento (2010), anote: 00/00/2010.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nuevos" en el caso de datos numéricos, solo cuando se desconozca la información y después de haber agotado todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco), se debe hacer la especificación en el espacio asignado para tal fin.
- En el caso de los domicilios, anote: Tipo de vialidad (Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Ptoonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. exterior (ej. 800), Núm. interior (si aplica, ej. 21, 2A, 05), 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".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe de tener tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el (la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) que no cuente con Acta de Nacimiento, escriba "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
- 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa en donde nació el (la) fallecido(a). Si éste(a) nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- 6. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el (la) fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. En el caso de que el (la) fallecido(a) sea menor de cinco (5) años, esta pregunta no aplica.
- 8. EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con "ceros" a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el (la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nuevos" los espacios correspondientes, por ejemplo: para desconocido en años, anote en el lugar para años cumplidos 0/0/0. Marque la opción "Se ignora", después de haber agotado todos los recursos para determinar la edad.
- 9. ESTADO CONYUGAL.** Situación del (de la) fallecido(a) de 12 (doce) años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- 10. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda en donde residía habitualmente el (la) fallecido(a). Si esta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 11. ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecido(a)s de tres (3) años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el (la) fallecido(a) y en 11.1, indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario, seleccione "Ninguna".
- 12. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el (la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el (la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidado de los hijos, a estudiar, jubilado(a), amador(a), etc. No aplica para menores de cinco (5) años.
- 13. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) que estaba afiliado(a) el (la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el (la) fallecido(a) no tenía afiliación a los servicios de salud. Una persona puede estar afiliada a más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admitir hasta dos respuestas. En caso de tener dos afiliaciones, en 13.1 anote el Número de Afiliación de la institución donde ocurrió la defunción, asegúrese de que éste guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 13.
- 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si esta sucedió en una Unidad Médica pública o privada, anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de "24 horas", es decir, de 00 horas a 23 horas, utilizando desde 00 hasta 59 para los minutos, por ejemplo si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote: 17:09.
- 18. SE PRÁCTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o causas externas (accidentales o violentas).
- 19. CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico 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)", la 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, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

ENFERMEDAD	PERÍODO DE INCUBACIÓN	PERÍODO DE LATENCIA
Peritonitis aguda	2 días	
Perforación del duodeno	4 días	
Úlcera duodenal	3 años	
Hipertensión arterial	5 años	

- 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse en respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
- 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Anote inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista será el responsable de expedir el Certificado respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base en la información disponible.
 - 22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción, no una afirmación.**
 - 22.2. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida uno con el sitio donde sucedió la defunción.**
 - 22.4. Anote la relación que tenía el (la) presunto(a) agresor(a) con el (la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el (la) fallecido(a) de el (la) presunto(a) responsable, por ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "Ninguno".**
 - 22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, por ejemplo: "caída de la escalera de su casa", "atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida".**
 - 22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique, además del nombre de la carretera, el número de kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido"; en su caso utilice referencias.**
- 25 - 29 DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un Médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4, "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de Médicos, es obligatorio anotar el número de su Cédula Profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres (3) copias).
- 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS: CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número. REG: Registro.



ANEXO 2

“Copia institucional del certificado de muerte fetal”

2E10-009-022

Versión 2017



Anverso

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO

1. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

2. EDAD GESTACIONAL: _____

3. PESO: _____

4. DE UN EMBARAZO: Espontáneo Reproducción asistida
4.1 El embarazo fue: Único Gemelar Tres o más

5. ATENCIÓN PRENATAL: 5.1 Recibió atención prenatal: Sí No Se ignora

6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal Complicado

7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: 7.1 Estado de la piel del producto: Frisca (normal) Macerada
7.2 Se practicó necropsia: Sí No

8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: _____

9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: 9.1 Tipo de ciudad: _____ 9.2 Nombre de la ciudad: _____ 9.3 Num. estado: _____ 9.4 Num. municipio: _____
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 Estado federativo: _____

10. SITIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad Médica Via pública Otro lugar
MSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Privada 10.1 Nombre de la Unidad Médica: _____ 10.2 Calle y número de establecimiento de salud (CIESS): _____ 10.3 Hospital: _____ Se ignora

11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico Gineco-obstetra Otro Médico Enfermera Partera Otro Se ignora

12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ¿ESTE FUE: Espontáneo Provocado Teratológico Se ignora

13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Para seguir espontáneo Casística Forense Se ignora

14. VIOLENCIA: 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí No Se ignora 14.2 Anote la relación que tiene el (los) presunto(s) agresor(es) con la madre: _____

15. ANOMALIAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO: _____

16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL: (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar causas de muerte por asfixia, parto cardíaco, asfexia, intemperación de la comunicación materno-fetal, etc.)

PARTE I
Condición fetal o materna que causó directamente la muerte:
a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

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 materno que lo produjo:
a) _____
b) _____
c) _____

CÓDIGO CIE
a)
b)
c)
d)
e)
f)
g)

17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)

DATOS DE LA MADRE

18. NOMBRE: _____

19. C. U. R. I. P.: _____

20. NACIONALIDAD: Mexicana Se ignora Otro _____

21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

22. EDAD (Años): _____

23. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado Divorciado Viuda Soltera Casada Se ignora

24. RESIDENCIA HABITUAL (Año de domicilio y teléfono permanente donde vive la madre): _____

24.1 Tipo de ciudad: _____ 24.2 Nombre de la ciudad: _____ 24.3 Num. estado: _____ 24.4 Num. municipio: _____
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 Estado federativo o país en donde se encuentra: _____ 24.11 Teléfono: _____

25. ESCOLARIDAD: Ninguna Preparatoria Primaria Secundaria Bachillerato o Preparación Profesional Posgrado Se ignora

25.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

25.2 Ocupación habitual: _____
25.3 Trabaja actualmente: Sí No Se ignora

27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otro IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

27.1 Número de seguridad social o afiliación: _____

27.2 Número de embarazos (incluye el actual): _____
27.3 Se ignora

29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(A):
29.1 Nacidos muertos: _____ Se ignora 29.2 Sobrevivientes: _____ Se ignora

30. ¿VIVE LA MADRE? Sí No

30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____

31. NOMBRE: _____

32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO: _____

DATOS DEL CERTIFICANTE

33. CERTIFICADA POR: Médico materno Médico general Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro _____
34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: _____
Número de Cédula Profesional: _____

35. NOMBRE: _____

36. DOMICILIO: 36.1 Tipo de ciudad: _____ 36.2 Nombre de la ciudad: _____ 36.3 Num. estado: _____ 36.4 Num. municipio: _____
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 Estado federativo: _____

37. TELÉFONO: _____

38. FIRMA: _____

39. FECHA DE CERTIFICACIÓN: _____

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN
ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD.



ANEXO 2

"Copia institucional del certificado de muerte fetal"
INSTRUCTIVO DE LLENADO

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 MUSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA (DE - 10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe de ser expedido por un Médico, preferentemente por el que 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, auxílese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una Unidad Médica, recorra al expediente clínico de la madre para obtener (o coleccionar) la información.
Llene en original y tres (3) copias, entregue a los familiares el original y las dos (2) primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para presentar el papeleta de defunción o cremación. La tercer copia debe conservarse en la Unidad Médica que certificó la muerte fetal para integrar información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente reaguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una Unidad Médica, el certificador está obligado a remitir la tercer copia a la Secretaría de Salud en un período no mayor a diez (10) días hábiles posteriores a la expedición.
Escriba con tinta negra o azul (no utilizar bolígrafo de gel), utilizando 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 garantizar la legibilidad de las demás copias. Verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números, utilice arábigos, por ejemplo: 0, 1, 2... 9.
En los campos de Fecha, el orden de registro será: día, mes y año. Complete con cero (0) a la izquierda para los días y meses de un sólo dígito, ejemplo para 1 de septiembre de 2016, anote: [0_1][09][2016]. Registre, incluso, información parcial, llenando con "nuevos" los espacios de la información que sea desconocida, por ejemplo: si es posible calcular solo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [00][00][2016].
Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
Para las preguntas con opciones que tienen * (asterisco), se debe hacer la especificación en el espacio asignado para tal fin.
Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o tiene los espacios con "nuevos" en el caso de datos numéricos, solo cuando se desconoce la información y después de haber agotado todos los recursos para obtenerla.
En el caso de los domicilios, anote: Tipo de vía (Carre, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Paseo, Boulevard), Nombre de la vía (ej. 980), Núm. exterior (si aplica), ej. 21, 3A, 05), 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".
Este documento no debe de tener tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- 2. EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
3. PESO. Anote en gramos el peso del producto, por ejemplo, si el producto pesa 450 gramos, anote: [0_4][5][0_0]. Si pesa 1 kilo 300 gramos, anote: [1_3][0_0]. No registre con otra unidad de medida (lib. = 1000 gramos).
5. ATENCIÓN PRENATAL. En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y el control del embarazo, en caso afirmativo, anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante el embarazo.
8. ESTE EMBARAZO FUE, Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal del embarazo se ve alterado por patologías de la paciente y/o del 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, amagada, 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", es decir, de 00 horas a 23 horas, utilizando desde 00 hasta 59 para los minutos, por ejemplo, si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos, anote: [1_4][0_5].
10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción. Si esta ocurrió en una Unidad Médica pública o privada, anote el nombre de la mama 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 correspondiente. "Espontáneo" en el caso de no realizar acción alguna para que suceda. "Provocado" si se realizan maniobras para que suceda. "Terapéutica" si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta, no responda la pregunta número 13.
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN. Si la expulsión o extracción fue de un producto de mas de 500 gramos de peso, o igual o mayor de 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro", describa el procedimiento utilizado. 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 "SI" en caso de existir evidencia de violencia física infligida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el (a) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, por ejemplo: esposo, padre, conubino. En caso de no existir 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)", la 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 la(s) causa(s) anotada(s) en la PARTE I, por ejemplo:

Table with 3 columns: Causa, Síntoma, and Código CIE. Rows include Hemorragia intraventricular, Hipoxia intrauterina, Insuficiencia placentaria, Hipertensión gestacional, and Tabaquismo.

- 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 aspecto 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: obrero(a), maestro(a), etc. En 26.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laborara 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 cuidado de los hijos, a estudiar, arrendadora, etc.
27. 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 los servicios de salud. Una persona puede estar afiliada a 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 27.1 anote el Número de Afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese de que éste guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) 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 están vivos o no y cuántos hayan hecho muertes.
30. ¿VIVE LA MADRE? Seleccione "No" si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe de 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 de ser autógrafo y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres (3) copias). 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 Relacionados con la Salud.

REV

2E10-009-022



ANEXO 3

**“Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas”
2E10-009-023**



FOLIO: _____

ANEXO 3
CONTROL Y REGISTRO DE DEFUNCIONES POR
CAUSAS ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

Datos de Identificación:

Unidad tratante 1		Unidad adscripción 2		Nombre del paciente 3			
Número de Seguridad Social y agregado 4		Sexo 5	Edad 6	Fecha 7	Hora 8		
Lugar donde ocurrió la defunción Calle, Número y Colonia 9		Municipio o Delegación 10		Entidad Fed 11	Ocupación 12		
Sitio de la Defunción Hospital IMSS () Otro Hospital: _____ Vía Pública () Hogar () Otro lugar () Se ignora () 13				Especialidad y Servicio: 14			
Causa de la defunción Parte I Enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte Causas o estados morbosos, si existieran, que produjeron la causa arriba consignada. Mencione en el inciso utilizado la causa básica o fundamental.		Anote una sola causa en cada renglón 15 a) _____ Debido a (o como consecuencia de) b) _____ Debido a (o como consecuencia de) c) _____ Debido a (o como consecuencia de) d) _____			Intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte 16 _____ _____ _____		
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estados morbosos en los incisos a), b), c), o d).		17 _____ _____			18 _____ _____		
Fue un presunto: 19 Accidente () Homicidio () Suicidio () Se ignora ()							
¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si () No (20)							
Sitio donde ocurrió la lesión: 21 Vivienda particular () Institución residencial () Escuela u oficina pública () Áreas deportivas () Calle o carretera () Área comercial o de servicio () Área Industrial () Granja () Otro () Se ignora () Tipo de lesión: Abierta () Cerrada () 22							
Violencia familiar. ¿El presunto agresor es familiar del fallecido? Si () No (23)							
Describa brevemente la situación, motivo o circunstancia que dio origen a la lesión: 24							

2E10-009-023



ANEXO 3

“Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Responsable

Médica o Médico tratante
Personal del ARIMAC

Numero de tantos

Original

Distribución

Una vez elaborada, se entrega al ARIMAC, para que sea registrado en el Sistema de Mortalidad y sea glosado al expediente clínico para su resguardo.

Instrucciones específicas

El personal del ARIMAC codifica las causas de defunción y la causa básica en el espacio del dato 16 y 18.

ANEXO 3

“Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATOS	ANOTAR
1.	Unidad tratante	El nombre abreviado de la unidad donde se atendió al paciente fallecido. Ejemplo: HGZ/MF 1.
2.	Unidad de adscripción	El nombre abreviado de la unidad de adscripción del paciente fallecido. Ejemplo: UMF 5
3.	Nombre del paciente	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno del paciente fallecido.
4.	Número de Seguridad Social y agregado	El número de Seguridad Social (10 dígitos), seguido del agregado Médico, según lo señalado en la carpeta frontal del expediente clínico. Ejemplo: 4081600037 4M1930OR.
5.	Sexo	La letra M para masculino y F para femenino.
6.	Edad	La edad en años cumplidos del paciente fallecido. Si es menor de 1 año, la edad en meses; si es menor de 1 mes, la edad en días. Ejemplo: 25 años, 7 meses, 15 días.
7.	Fecha	La fecha de la defunción en formato dd/mm/aaaa.



ANEXO 3

“Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATOS	ANOTAR
		Ejemplo: 10/04/2004
8.	Hora	La hora en que ocurrió la defunción en formato hh/mm. Ejemplo: 23:20
9.	Lugar donde ocurrió la defunción	La calle, número y colonia donde ocurrió el fallecimiento. Ejemplo: Av. Madero # 1000, Col. Centro.
10.	Mpio. o Delegación	El nombre del Municipio o Delegación donde ocurrió el deceso. Ejemplo: Ecatepec
11.	Entidad Fed.	El nombre de la entidad federativa donde ocurrió la defunción. Ejemplo: Estado de México.
12.	Ocupación	La ocupación que tenía el fallecido. Ejemplo: obrero, empleado, estudiante, ama de casa, etc.
13.	Sitio de la defunción	Marcar con una “X” dentro del paréntesis según corresponda. Si la defunción ocurrió en un hospital que no sea del IMSS especifique. Ejemplo: Hospital 20 de Noviembre, ISSSTE.
14.	Especialidad o Servicio	El nombre de la especialidad o servicio donde ocurrió la defunción del paciente. Ejemplo de Especialidad: Medicina interna. Ejemplo de Servicio: Urgencias.
15.	Causas de la defunción. Parte I	El nombre de la afección o estado patológico. Anote sólo una causa por inciso (a, b, c, d). En a) se anota la causa directa de la defunción. En el último inciso utilizado en la Parte I debe registrar la causa básica de la defunción.
16.	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte. Parte I	El lapso de tiempo (minutos, horas, días, semanas, meses o años) aproximado transcurrido desde que se presentó la enfermedad y ocurrió la muerte. Ejemplo: 3 años. Tome en cuenta que el intervalo en a) es menor que el de b) y así sucesivamente.
17.	Causas de la defunción. Parte II	El nombre de la afección o estado patológico que contribuyó a la muerte pero no relacionado con las anotadas en la Parte I. Puede anotar hasta



ANEXO 3

“Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATOS	ANOTAR
		dos enfermedades.
18.	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte. Parte II	El lapso de tiempo aproximado (minutos, horas, días, semanas, meses o años) transcurrido desde que se presentó la enfermedad y ocurrió la muerte. Ejemplo: 10 años.
19.	Fue un presunto	Marcar con una “X” dentro del paréntesis según corresponda, conforme a la información de que se disponga.
20.	¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Marcar con una “X” dentro del paréntesis según corresponda, conforme a la información de que se disponga.
21.	Sitio donde ocurrió la lesión	Marcar con una “X” dentro del paréntesis según corresponda, conforme a la información de que se disponga.
22.	Tipo de lesión	Marcar con una “X” dentro del paréntesis según corresponda, conforme a la información de que se disponga.
23.	Violencia familiar	Marcar con una “X” dentro del paréntesis según corresponda, conforme a la información de que se disponga.
24.	Describa brevemente la situación, motivo o circunstancia que dio origen a la lesión	La situación, motivo o circunstancia bajo las cuales se produjo la lesión. En el caso de accidentes de transporte es necesario informar el tipo de vehículos involucrados y el papel de la víctima (pasajero o conductor).

2E10-009-023



ANEXO 4

**“Corrección a las causas de defunción para procesamiento estadístico”
2E10-009-024**



“CORRECCIÓN A LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO”

Nombre del fallecido 1	Número de Seguridad Social y agregado: 2
----------------------------------	--

Fecha de la defunción 3	Número de folio del certificado 4
-----------------------------------	---

Causas de la defunción	Anote una sola causa en cada renglón	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
<p>Parte I</p> <p>Enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte</p> <p>Causas o estados morbosos si existieran, que produjeron la causa arriba consignada, mencione en el último inciso utilizado la causa básica o fundamental</p>	<p>a) _____ 5</p> <p>Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) _____</p> <p>Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) _____</p> <p>Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) _____</p>	<p style="text-align: center;">6</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Parte II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estados morbosos informados en los incisos a), b), c) o d)</p>	<p style="text-align: center;">7</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">8</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Nombre y firma del médico certificante: 9	Nombre y firma del Subdirector Médico: 10
---	---

Fecha de la modificación: 11

2E10-009-024



ANEXO 4
“Corrección a las causas de defunción para Procesamiento estadístico”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	Dato	ANOTAR
1	Nombre del fallecido	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno del paciente fallecido
2	Número de Seguridad Social y agregado	El número de Seguridad Social (10 dígitos), seguido del agregado Médico, según lo señalado en la carpeta frontal del expediente clínico. Ejemplo: 4081600037 4M1930OR.
3	Fecha de la defunción	La fecha de la defunción en formato dd/mm/aaaa. Ejemplo: 10/04/2004
4	Número de folio del certificado	El número de folio que corresponde al certificado de defunción originalmente expedido.
5	Causas de la defunción. Parte I	El nombre de la afección o estado patológico. Anote sólo una causa por inciso (a, b, c, d). En a) se anota la causa directa de la defunción. En el último inciso utilizado en la Parte I debe registrar la causa básica de la defunción.
6	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte. Parte I	El lapso de tiempo (minutos, horas, días, semanas, meses o años) aproximado transcurrido desde que se presentó la enfermedad y ocurrió la muerte. Ejemplo: 3 años. Tome en cuenta que el intervalo en a) es menor que el de b) y así sucesivamente.
7	Causas de la defunción. Parte II	El nombre de la afección o estado patológico que contribuyó a la muerte pero no relacionado con las anotadas en la Parte I. Puede anotar hasta dos enfermedades.
8	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte. Parte II	El lapso de tiempo aproximado (minutos, horas, días, semanas, meses o años) transcurrido desde que se presentó la enfermedad y ocurrió la muerte. Ejemplo: 10 años.
9	Nombre y firma del Médico tratante que expide el certificado	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno del Médico que expidió originalmente el certificado y rubricar con su firma.



ANEXO 4
“Corrección a las causas de defunción para Procesamiento estadístico”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	Dato	ANOTAR
10	Nombre y firma del subdirector Médico	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno del subdirector Médico de la unidad donde se expidió originalmente el certificado y rubricar con su firma.
11	Fecha de la modificación	La fecha en que se efectuó la modificación de las causas de la defunción en formato dd/mm/aaaa. Ejemplo: 10/03/2009



ANEXO 5

**“Reporte de certificados expedidos y cancelados”
2E10-014-001**



“REPORTE DE CERTIFICADOS EXPEDIDOS Y CANCELADOS”

Unidad Médica: _____ (1)

Mes y año de reporte: _____ (2)

Fecha de elaboración: _____ (3)

CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN EXPEDIDOS

Folios: _____ (4)

CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN CANCELADOS

Folios: _____ (5)

CERTIFICADOS DE MUERTE FETAL EXPEDIDOS

Folios: _____ (6)

CERTIFICADOS DE MUERTE FETAL CANCELADOS

Folios: _____ (7)

Nombre y firma del Director de la Unidad

_____ (8)

2E10-014-001



ANEXO 5
“Reporte de certificados expedidos y cancelados”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica	Nombre abreviado de la unidad médica que elabora el reporte. Ejemplo: HGZ/MF 1.
2	Mes y año de reporte	El mes y año que corresponde al reporte.
3	Fecha de elaboración	La fecha de elaboración en formato dd/mm/aaaa. Ejemplo: 29/04/2004
4	CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN EXPEDIDOS Folios	La relación de números de folio (de nueve dígitos) de los certificados de defunción que se expidieron en la unidad médica durante el mes. Se deben referir en forma progresiva Ejemplo: 040119108, 040119109, 040119111, 040119112, 040119114.
5	CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN CANCELADOS Folios	La relación de números de folio (de nueve dígitos) de los certificados de defunción cancelados en la unidad médica durante el mes. Se deben referir en forma progresiva Ejemplo: 040119110, 040119113. .
6	CERTIFICADOS DE MUERTE FETAL EXPEDIDOS Folios	La relación de números de folio (de nueve dígitos) de los certificados de muerte fetal que se expidieron en la unidad médica durante el mes. Se deben referir en forma progresiva Ejemplo: 040069321, 040069322, 040069324.
7	CERTIFICADOS DE MUERTE FETAL CANCELADOS Folios	La relación de números de folio (de nueve dígitos) de los certificados de muerte fetal cancelados en la unidad médica durante el mes. Se deben referir en forma progresiva Ejemplo: 040069323, 040069324.
8	Nombre y firma del Director de la Unidad	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno del director de la unidad médica y rubricar con su firma.