

DEL FETO	1. SEXO: <input type="checkbox"/> 1 MASC. <input type="checkbox"/> 2 FEM. <input type="checkbox"/> 3 INDET.	2. PESO AL NACER (EN GRAMOS)	3. SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	4. TIPO DE EMBARAZO: <input type="checkbox"/> 1 SENCILLO <input type="checkbox"/> 2 MELLIZO <input type="checkbox"/> 3 OTRO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO	5. EN QUE MOMENTO OCURRIÓ LA DEFUNCION: <input type="checkbox"/> 1 ANTES DEL PARTO <input type="checkbox"/> 2 DURANTE EL PARTO
	6. LUGAR DEL PARTO: <input type="checkbox"/> 1 HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 OTRO CENTRO MEDICO <input type="checkbox"/> 3 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 4 OTRO LUGAR <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO	7. HORA Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ : _____ A.M. / _____ / _____ P.M. DIA MES AÑO			
	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	PROVINCIA:	CODIGO:	
DE LA MADRE	8. NOMBRE (S) Y APELLIDOS:				9. No. IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO:
	10. EDAD: _____ AÑOS	11. VIDA CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1 SIN PAREJA ESTABLE <input type="checkbox"/> 2 CON PAREJA ESTABLE <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO		12. SI ES EXTRANJERA LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 PERMANENTE <input type="checkbox"/> 2 TEMPORAL <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA	
	13. ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/> 1 NINGUNA <input type="checkbox"/> 2 PRIM. INCOM. <input type="checkbox"/> 3 PRIM. TERM. <input type="checkbox"/> 4 SECUN. TERM. <input type="checkbox"/> 5 PREU. O TEC. TERM. <input type="checkbox"/> 6 UNIV. TERM. <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO		14. OCUPACION		CODIGO:
	15. SI PARTO ANTERIOR FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____	16. NUMERO DE EMBARAZOS (INCLUYE EL DE ESTE CERTIFICADO): Abortos _____ Nacidos Muertos _____ Nacidos Vivos TOTAL _____ (De Ellos)		Actualmente Vivos _____ Actualmente Muertos _____ Total de Embarazos _____	
	17. RESIDENCIA HABITUAL (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC): ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:			NUMERO o Km.	EDIFICIO: APARTAMENTO
	MUNICIPIO:			PROVINCIA:	AREA DE SALUD: CODIGO:
	18. CAUSAS DE MUERTE:				CODIGO:
SOBRE LA CERTIFICACION DE LAS CAUSAS	a) PRINCIPAL ENFERMEDAD O CONDICION DEL FETO				
	b) OTRAS ENFERMEDADES O CONDICIONES DEL FETO				
	c) PRINCIPAL ENFERMEDAD DE LA MADRE QUE AFECTO AL FETO				
	d) CIRCUNSTANCIAS RELEVANTES (ACLARE SI ES DE LA MADRE O DEL FETO CUANDO SEA NECESARIO)				
PARA MUERTES VIOLENTAS	19. CONFIRMACION DE LAS CAUSAS: CLINICA <input type="checkbox"/> 1 NECROPSIA <input type="checkbox"/> 3 RECONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> 6		20. CERTIFICACION HECHA POR: <input type="checkbox"/> 1 NEONATOLOGO <input type="checkbox"/> 2 PEDIATRA <input type="checkbox"/> 3 OBSTETRA <input type="checkbox"/> 4 LEGISTA <input type="checkbox"/> 9 OTRO		
	21 a) PARECE DEBERSE A: <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> HOMICIDIO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> POR INVESTIGAR		b) FECHA DE LA LESION: DIA _____ MES _____ AÑO _____	c) LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESION:	
	d) DESCRIPCION DE COMO SE PRODUJO LA LESION:				
e) AUTORIDAD QUE SOLICITA LA ACTUACION					
DEL CERTIFICANTE	NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO:		No. REG. PROFESIONAL:	FIRMA:	
	NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO:		No. REG. PROFESIONAL:	FIRMA:	
PARA USO DE ESTADISTICA	CURSO DE LA UNIDAD:	NOMBRE DE LA UNIDAD:	FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____		CODIGO:
	NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO ACTUANTE:		CARGO:	No. REG. UNIDAD:	
	MUNICIPIO DE ENTERRAMIENTO:		FIRMA:	No. PROVINCIAL:	

INSTRUCCIONES GENERALES

Este modelo de Certificado consiste en un original solamente, que se usará con fines estadísticos y lo llena el médico según las instrucciones.

Instrucciones para el médico certificador (Sobre el llenado de algunos datos)

PESO AL NACER: Anote el peso obtenido en el salón de partos o en la primera pesada.

No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO (DE LA MADRE): Si no dispone del carné, anote la fecha de nacimiento de izquierda a derecha en el siguiente orden: año, mes y día; el resto de los espacios se anulan con una línea continua.

VIDA CONYUGAL: (Independiente de la situación legal).

- Sin pareja estable: Mujer soltera, casada, viuda o divorciada que no tiene pareja permanente.
- Con Pareja estable: Mujer soltera, casada, viuda o divorciada que tiene pareja permanente, o que al menos dispone del apoyo afectivo de su pareja, aunque no conviva en la misma casa.

OCUPACION: No anote "empleada", "obrera", "oficinista", etc. Detalle la ocupación que habitualmente realiza. Si no trabaja, anote "ama de casa", "estudiante", "desocupada", etcétera.

CAUSAS DE MUERTE: (orientaciones para el llenado de los renglones a) a la d).

- a) Anote solamente una causa del feto. Si hubo varias anote la que a su juicio influyó más en la muerte. No anote aquí las causas referidas al cordón umbilical, la placenta o el amnios. Brinde los términos con la precisión posible.
- b) Puede anotar una o varias causas fetales si lo estima procedente.
- c) Anote solamente una causa de la madre. Si existieran varias, anote aquí la que a su juicio influyó más en la muerte del feto. Anote aquí las causas del cordón, de la placenta o el amnios cuando proceda.
- d) Anote los hechos importantes que contribuyeron o que se produjeron las causas anotadas anteriormente, tanto en el feto como en la madre. Ej. Embarazo oculto, insistente a consulta, exanguíneo transfusión, operación realizada (especificándola), etc.

CONFIRMACION DE LAS CAUSAS: Puede marcar varias casillas. Se utilizará "reconocimiento" en certificaciones médico-legales y excepcionalmente en algún otro caso.

SI ES MUERTE VIOLENTA: Debe llenar los incisos a), b), c), d) y e) del acápite 21 del médico legista o el médico actuante en función.

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO: Si es muerte natural certificará uno solo. Si es muerte violenta, certificarán dos, siempre que sea posible.

DOCTOR:

La atención que usted preste a las anteriores orientaciones y la precisión con que registre las causas de muerte, están muy relacionados con la calidad de la información estadística de la mortalidad nacional y con la planificación del desarrollo perspectiva de la Salud Pública Cubana.

Muchas Gracias

Ministerio de Salud Pública