

CERTIFICADO MEDICO  
 DE DEFUNCION NEONATAL

Vº 001012

(PARA FALLECIDOS DE 0-27 DIAS)

DEL FALLECIDO DE 0-27 DIAS	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRE (S)	2. No. DE IDENTIDAD		
	3. SEXO: <input type="checkbox"/> 1 Masc. <input type="checkbox"/> 2 Fem.	4. PESO AL NACER: (EN GRAMOS)	5. Semanas Completas de Gestación	6. TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> 1 Sencillo <input type="checkbox"/> 2 Mellizo <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	7. LUGAR DEL PARTO: <input type="checkbox"/> 1 Hospital <input type="checkbox"/> 2 Otro Ciro. Med. <input type="checkbox"/> 3 Domicilio <input type="checkbox"/> 4 Otro Lugar <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	8. HORA Y FECHA DE NACIMIENTO: — AM — PM DIA MES AÑO		9. HORA Y FECHA DE DEFUNCION — AM — PM DIA MES AÑO		10. EDAD: <input type="checkbox"/> 1 Menos 1 Hora <input type="checkbox"/> 2 1-11 Horas <input type="checkbox"/> 3 12-23 Horas — <input type="checkbox"/> 4 DIAS	
DE LA MADRE	11. SITIO DE LA DEFUNCION: <input type="checkbox"/> 1 C. Guard. Hospital <input type="checkbox"/> 2 Ingresado Hospital <input type="checkbox"/> 3 Otro Ciro. Med. <input type="checkbox"/> 4 Domicilio <input type="checkbox"/> 5 Otro Lugar <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	PROVINCIA:	CODIGO:	
	12. NOMBRE (S) Y APELLIDOS	13. No. IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO:				
	14. EDAD: — Años <input type="checkbox"/> 5	15. VIDA CONYUGAL <input type="checkbox"/> 1 Sin Pareja Estable <input type="checkbox"/> 2 Con Pareja Estable <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	16. SI ES EXTRANJERA LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 Permanente <input type="checkbox"/> 2 Temporal <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			
	17. ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/> 1 Ninguna <input type="checkbox"/> 2 Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> 3 Primaria Terminada <input type="checkbox"/> 4 Secundaria Terminada <input type="checkbox"/> 5 Pre-Univ. O Tec. Terminado <input type="checkbox"/> 6 Universit. Terminada <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	18. OCUPACION:	CODIGO:			
	19. Si Parto Anterior: Fecha: DIA MES AÑO	20. NUMERO DE EMBARAZOS (INCLUYE EL DE ESTE CERTIFICADO): (De años) Abortos.    Nac. Muert.    Nacidos Vivos Total	— Actualmente Vivos	— Actualmente Muertos	Total de Embarazos	
	21. RESIDENCIA HABITUAL (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.):	Número o Km.	EDIFICIO:	APARTAMENTO:		
	ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:	LOCALIDAD:				
	MUNICIPIO:	PROVINCIA:	AREA DE SALUD:	CODIGO:		
	SOBRE LA CERTIFICACION DE LAS CAUSAS	22. CAUSAS DE MUERTE:	Tiempo Aprox. entre el inicio de la causa y la muerte.	CODIGO:		
		a) PRINCIPAL ENFERMEDAD O CONDICION DEL RECIEN NACIDO				
b) OTRAS ENFERMEDADES O CONDICIONES DEL RECIEN NACIDO						
c) PRINCIPAL ENFERMEDAD DE LA MADRE QUE AFECTO AL RECIEN NACIDO						
d) CIRCUNSTANCIAS RELEVANTES (ACLARE SI ES DE LA MADRE O DEL RECIEN NACIDO CUANDO SEA NECESARIO)						
23. CONFIRMACION DE LAS CAUSAS: CLINICA <input type="checkbox"/> 1 INVESTIGACION (EXCLUYE BIOPSIA) <input type="checkbox"/> 2 OPERACION <input type="checkbox"/> 3 BIOPSIA <input type="checkbox"/> 4 NECROPSIA <input type="checkbox"/> 5 RECONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> 6	24. CERTIFICACION HECHA POR: <input type="checkbox"/> 1 Neonatólogo <input type="checkbox"/> 2 Pediatra <input type="checkbox"/> 3 Obstetra <input type="checkbox"/> 4 Legista <input type="checkbox"/> 5 Otro					
PARA MUERTES VIOLENTAS	25. a) PARECE DEBERSE A: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por Investigar	FECHA DE LA LESION: DIA MES AÑO	c) LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION:			
	d) DESCRIPCION DE COMO SE PRODUJO LA LESION					
	e) AUTORIDAD QUE SOLICITA LA ACTUACION:	No. DE ACTA				
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:	MUNICIPIO DE ENTERRAMIENTO:	CARGO:	No. REG. UNIDAD:		
			FIRMA:	No. PROVINCIAL:		

## INSTRUCCIONES GENERALES

**CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION NEONATAL:** Esta parte del modelo se utilizará con fines estadísticos, la llena el médico según las instrucciones.

**CERTIFICADO DE DEFUNCION NEONATAL:** Esta parte del modelo se utilizará para registrar la defunción y autorizar el enterramiento. La primera parte la llena el médico y la segunda la Oficina del Registro del Estado Civil.

### INSTRUCCIONES PARA EL MEDICO CERTIFICANTE

(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 línea continua.

Ej.: 10 de abril de 1960, se anota en orden inverso: 6|0|0|4|1|0|—|—|—|—|—|—|.

**VIDA CONYUGAL:** (Independientemente de la situación legal.)

— Sin pareja estable: Mujer soltera, casada, viuda o divorciada que no tiene pareja permanente.

— Con pareja estable: Mujer con pareja permanente, o que al menos dispone del apoyo efectivo de su pareja, aunque no conviva en la misma casa. Incluye casada, soltera, viuda o divorciada.

**OCUPACION:** No anote "empleada", "obrero", "alicinista", etc. Detalle la ocupación que habitualmente realiza. Si no trabaja, anote: "ama de casa", "estudiante", "desocupada", etc.

**CAUSAS DE MUERTE:** Orientaciones para el llenado de los renglones a) a la d).

a) Anote solamente una causa del niño. Si varias, anote la que a su juicio influyó más en la muerte. Evite siempre que sea posible, los términos poco precisos prematuridad e inmadurez. No anote aquí (en a), las causas referidas al cordón, placenta o el amnios.

b) Puede anotar una o varias causas si lo estima procedente.

c) Anote solamente una causa de la madre. Si varias, anote la que a su juicio influyó más en la muerte del niño. Anote aquí, (en c), las causas del cordón, la placenta, o el amnios, cuando proceda.

d) Anote los hechos importantes que contribuyeron a que se produjeran las causas anotadas anteriormente, tanto en el niño como en la madre. Ej.: embarazo oculto, inasistente a consulta, oxanguíneo-transfusión, operación realizada especificándola, otras.

**CONFIRMACION DE LAS CAUSAS:** Puede marcar varias casillas. Se utiliza "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), el médico legista o el médico actuante en función.

**NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO:** Si muerte natural, certificará uno solo. Si 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 relacionadas con la calidad de la información estadística de la mortalidad nacional, y con la planificación del desarrollo prospectivo de la salud pública cubana. Muchas gracias.

**CERTIFICADO DE DEFUNCION  
NEONATAL**  
(PARA FALLECIDOS DE 0-27 DIAS)

001012

PARA SER LLENADO EN LA UNIDAD DE SALUD			
1. 1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:	
3. EDAD:		4. SEXO:	
5. RESIDENCIA HABITUAL (Calle, Carretera, Finca etc.)		No. e Km.	EDIFICIO: APARTAMENTO:
ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:		LOCALIDAD:	
MUNICIPIO:	PROVINCIA:	C. CAUSA PRINCIPAL DEL RECIEN NACIDO (22a):	
7. HORA Y FECHA DE LA DEFUNCION:		8. SITIO DE LA DEFUNCION (Nombre de la Institucion de Salud, domicilio u otro lugar):	
<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.		<input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Dias	
9. NOMBRE Y APELLIDOS DEL DECLARANTE:		No. DE IDENTIDAD:	FIRMA:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO:		No. REGISTRO PROFESIONAL:	FIRMA:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO:		No. REGISTRO PROFESIONAL:	FIRMA:
PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA			
CURSO DE LA UNIDAD:	NOMBRE DE LA UNIDAD:	FECHA	No. DE REGISTRO:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO:		DIA MES AÑO	
		CARGO	FIRMA:

PARA SER LLENADO EN LA OFICINA DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL			
SI NACIO EN CUBA, NATURAL DE:	NO NACIO EN CUBA:	CIUDADANIA DE LA MADRE:	SI LA MADRE ES EXTRANJERA LA RESIDENCIA ES:
MUNICIPIO	PAIS:		<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal
NOMBRE DEL PADRE:	NOMBRE DE LA MADRE:	DE LA INSCRIPCION DE NACIMIENTO:	
		TOMO:	FOLIO: REG. ESTADO CIVIL:
CEMENTERIO:		MUNICIPIO:	

ORIGINAL DESTINADO AL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

COMITE ESTATAL DE ESTADISTICAS		INSCRIPCION DE DEFUNCION EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL							
SISTEMA DE INFORMACION ESTADISTICA NACIONAL (SIE-N) DEMOGRAFIA MODELO: 8-110 (18-38)		001012							
DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA									
INSCRIPCION		REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DE:							
TOMO:	FOLIO:								
1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:	NOMBRE (S):							
No. DE IDENTIDAD:	FECHA DE DEFUNCION:	SI LA MADRE ES EXTRANJERA LA RESIDENCIA ES:							
	DIA MES AÑO	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal							
DOMICILIO:		LA RESIDENCIA COINCIDE CON LA ANOTADA POR EL MEDICO:							
CALLE O AVENIDA No. _____		<input type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> (SI ES NO, ANOTE)							
EDIFICIO _____ APTO. _____ ENTRE _____ Y _____		UNIDAD DE REGISTRO: _____							
CIUDAD, PUEBLO, POBLADO (SI es urbano):		No. REGISTRO: _____							
CASERIO, FINCA U OTRO LUGAR RURAL:		PARA USO DE LA D.M.E.							
_____ MUNICIPIO _____ PROVINCIA		<table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>PROVINCIA</td> <td>MUNICIPIO</td> <td>LUGAR HABIT.</td> </tr> </table>		_____	_____	_____	PROVINCIA	MUNICIPIO	LUGAR HABIT.
_____	_____	_____							
PROVINCIA	MUNICIPIO	LUGAR HABIT.							
		No. DE ORDEN: _____							