

MANUAL
de
Normas y
Procedimientos
Técnicos para
la Distribución,
Recolección,
Tratamiento
y Generación de
Información Sobre
las Estadísticas
de Mortalidad



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA



MANUAL
de
Normas y
Procedimientos
Técnicos para
la Distribución,
Recolección,
Tratamiento
y Generación de
Información Sobre
las Estadísticas
de Mortalidad



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA

DR © 1998, **Instituto Nacional de Estadística,
Geografía e Informática**
Edificio Sede
Av. Héroe de Nacozari Núm. 2301 Sur
Fracc. Jardines del Parque, CP 20270
Aguascalientes, Ags.

<http://www.inegi.gob.mx>
usuario@cis.inegi.gob.mx

**Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para la
Distribución, Recolección, Tratamiento y Generación
de Información sobre las Estadísticas de Mortalidad**

Impreso en México

Presentación

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) presenta, en esta ocasión, el **Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para la Distribución, Recolección, Tratamiento y Generación de Información sobre las Estadísticas de Mortalidad**, las cuales, ahora nos llaman la atención.

Este manual tiene como fin, entre otras cosas, indicar las actividades que se realizan en estas áreas en cuanto a la recolección y generación de información estadística sobre defunciones generales y muertes fetales a que se refiere. Las unidades de observación en cuestión son las fuentes informantes denominadas como Oficialías del Registro Civil y Agencias del Ministerio Público en todo el país. Los instrumentos de captación utilizados para dicha tarea, son los certificados y actas de defunción, certificados de muerte fetal y cuaderno estadístico de defunciones.

* El presente manual está sujeto a una constante revisión y actualización como resultado de experiencias y necesidades que resulten en su aplicación.

Indice

Introducción	VII
Objetivos	1
Objetivo general	1
Objetivos específicos	1
Marco Jurídico Legal	2
Principales ordenamientos jurídicos	2
Leyes	2
Normas y Políticas	3
Normas	3
Distribución de formatos en limpio	3
Recolección	3
Concentración y registro	3
Tratamiento de la información	4
Políticas	4
Distribución de formatos en limpio	4
Recolección	4
Concentración y registro	5
Tratamiento de la información	5
Descripción Narrativa del Procedimiento	6
Distribución de formatos en limpio	6
Recolección estatal de información estadística de mortalidad	12
Tratamiento manual de la información a nivel regional	17
Tratamiento electrónico de la información a nivel regional	25
Anexos	33

Introducción

La Subdirección de Estadísticas Demográficas y de Salud, a través del Departamento de Estadística de Mortalidad, elabora el presente Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para la Distribución, Recolección, Tratamiento y Generación de Información sobre las Estadísticas de Mortalidad, respondiendo a la necesidad de contar con un instrumento de comunicación administrativo-operativo actualizado dentro de la Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, así como la necesidad de normar las actividades a desempeñar por el personal involucrado en la producción de dichas estadísticas respecto al diseño, impresión y distribución de los instrumentos de captación, actualización de registros, capacitación para el tratamiento manual de la información, supervisión y capacitación técnica para el proceso de captura y procesamiento de la información, en la generación y divulgación de los datos estadísticos demográficos sobre la mortalidad a nivel nacional y estatal, contribuyendo con esto, al logro de los objetivos planteados por la Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, la Subdirección de Estadísticas Demográficas y de Salud, y específicamente, por el Departamento de Estadísticas de Mortalidad.

Ahora bien, parte singular de todo proceso de simplificación administrativa lo constituye la elaboración de manuales de normas y procedimientos como instrumento normativo-administrativo, que muestren y regulen el desarrollo de las actividades de cualquier entidad gubernamental.

Asimismo, este documento contempla el marco jurídico que da sustento legal a la conformación de los procedimientos, diagramas de flujo, objetivos, políticas y normas de aplicación que tienen como finalidad dar a conocer los pasos por seguir en el desarrollo y cumplimiento de los objetivos encomendados a este departamento.

El ámbito de aplicación del presente manual, se circunscribe a la Subdirección de Estadísticas Demográficas y de Salud, de la Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, y está orientado a la utilización y aprovechamiento de los servidores públicos, mandos medios y supervisores, apoyo administrativo y personal técnico-operativo de las áreas que la integran, así como las áreas que conforman los departamentos de estadísticas continuas en las Direcciones Regionales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de este manual es establecer los mecanismos necesarios para generar la información referente a las Estadísticas de Defunciones Generales y Muertes Fetales, normando así, el procedimiento a seguir en todas y cada una de las áreas responsables de esta tarea en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, y establecer convenio con las Secretaría de Gobernación, Secretaría de Salud, Oficialías del Registro Civil y Agencias del Ministerio Público, logrando así, la generación, producción y difusión oportuna de la Estadística de Mortalidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementar mecanismos que mejoren la calidad y oportunidad de la recolección y generación de la información estadística sobre mortalidad.
- Establecer y mejorar la comunicación y coordinación entre las Oficialías del Registro Civil y Agencias del Ministerio Público, logrando así, mayor efectividad en la recolección de la información.
- Supervisar periódicamente las etapas del proceso de la información estadística de mortalidad, desde el inicio de la recolección hasta su publicación.
- Crear uniformidad en cuanto a los criterios para validar, confrontar y aprobar la información que se genera en el departamento de estadísticas de mortalidad.
- Definir los lineamientos a seguir para el correcto llenado de los formatos de control en las áreas responsables de esas tareas.

MARCO JURIDICO LEGAL

PRINCIPALES ORDENAMIENTOS JURIDICOS:

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Capítulo III Artículo 89 Fracción, I, y Artículo 90

Diario Oficial de la federación 05 de febrero de 1917.

LEYES

LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL

Capítulo I Artículos 1 y 2 fracciones, I, II y III, Artículo 3 fracciones, I, IV y VII, Artículo 7 fracciones, I, II, III, IV, VI, VII y VIII.

Capítulo 1 Artículo 32 fracciones, I, II, III, XV y XVII.

Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 1980.

Diario Oficial de la Federación 29, de diciembre de 1982.

LEY DE INFORMACION ESTADISTICA Y GEOGRAFICA

Diario Oficial de la Federación 30 de diciembre de 1980.

Capítulo I Artículos 1 y 2 fracciones, I, II, III, IV y V; Artículo 3 fracciones, I, V, VI y VII, Artículos 5, 6, y 7 fracciones, I, II, III, IV, y V, y Artículo 8.

Capítulo II Artículos 13, 14 y 15 fracciones, I, II, III, IV, V, VI, y VII, Artículo 16 fracciones, I y II, Artículos 17, 18, 19 y 20.

Capítulo III Artículos 21 y 22 fracciones, I, II, III, IV y V, Artículo 24 fracciones, I, II, III y IV, Artículo 25 fracciones, II y III, Artículo 26 fracciones, I y II, Artículo 28 fracciones, I, II y III, Artículo 30 fracciones, I, II, III, VIII y IX, Artículo 32 fracciones, I, II, III y V.

Capítulo VI Artículos 35 y 36 fracciones, I, II, III y IV, Artículos 37,38 y 39 fracciones, I, II, III IV, V y VI, Artículos 40, 41 42, y 43.

Capítulo V Artículos 37, 45 y 48 fracciones, I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII. Artículo 50 fracciones, I, II y III, Artículo 51.

Capítulo VI Artículo 46 fracciones, I, II y III.

Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 1980.

NORMAS y POLITICAS

NORMAS

DISTRIBUCION DE FORMATOS EN LIMPIO

Corresponde a las áreas de la Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, a través del Departamento de Coordinación Regional, enviar los requerimientos de formatos de control a las Direcciones Regionales para su atención, previa modificación y/o aprobación de los mismos, por las jefaturas de los Departamento de Estadísticas Continuas en las Regionales.

Las Direcciones Regionales tienen a su cargo el compromiso de recopilar, verificar, almacenar y distribuir a las Areas Estatales de Estadísticas Continuas, los formatos en limpio e instructivos para la captación de información.

Las Areas Estatales de Recolección a su vez, tienen a su cargo dotar de formatos de control a las Fuentes Informantes para su correcto llenado.

RECOLECCION

Corresponde a las Instituciones Públicas y/o Privadas que sean consideradas como fuentes informantes, proporcionar con oportunidad y debidamente requisitados los instrumentos de captación con información, a las Areas Estatales de Estadísticas Continuas en su entidad correspondiente.

A las Instituciones Públicas y/o Privadas compete, brindar el apoyo y facilidades que se les solicite para la obtención de información estadística fidedigna.

CONCENTRACION Y REGISTRO

Corresponde a las Areas Estatales de Estadísticas Continuas, remitir en paquetes con las notas de remisión y relación de movimientos, los instrumentos de captación con información estadística oportunamente.

Será de la corresponsabilidad de las Direcciones Regionales, atender las observaciones que sobre rezagos de información le sean turnados por la Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, así como aplicar las medidas correctivas conducentes para tal fin.

Será de la corresponsabilidad de las Direcciones Regionales, atender las observaciones que sobre rezagos de información le sean turnados por la Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, así como aplicar las medidas correctivas conducentes para tal fin.

TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

Corresponde a los Departamentos de Estadísticas Continuas en las Regionales, enviar con oportunidad a la Subdirección de Informática Regional, las actas y certificados de defunción, cuadernos estadísticos de muertes accidentales y violentas, así como los certificados de muerte fetal para su tratamiento electrónico.

Compete a las Subdirecciones de Informática en las Regionales, efectuar la captura y procesamiento de la información contenida en los instrumentos de captación, (actas, certificados y cuadernos), así como generar y presentar para su revisión, los listados de cifras de control y de errores.

La elaboración y envío de los tabulados preliminares y definitivos sobre las estadísticas de mortalidad para su aprobación, es de la competencia de la Subdirección de Política informática en Oficinas Centrales

POLITICAS

DISTRIBUCION DE FORMATOS EN LIMPIO

Es responsabilidad del Departamento de Coordinación Regional, de la Coordinación de Estadísticas Demográficas y Sociales, coordinar las actividades inherentes a la distribución de cuadernos y formatos en limpio a los Departamentos de Estadísticas Continuas en las Direcciones Regionales.

El Departamento de Coordinación Regional, será el órgano responsable de distribuir oportunamente los cuadernos y formatos de control en limpio a los Departamentos de Estadísticas Continuas de las Direcciones Regionales, previa consideración de la ubicación geográfica de las mismas.

RECOLECCION

Las Areas Estatales de Estadísticas Continuas, serán los órganos responsables de verificar la legibilidad, calidad y totalidad de la información proporcionada por las fuentes informantes.

Las actividades de clasificación y organización por tipo, período y estadística (actas, certificados y cuadernos). será responsabilidad de las Areas Estatales de Estadísticas Continuas

Es responsabilidad de las Areas Eŕstatales de Estadísticas Continuas, enviar para su tratamiento manual y electrŕnico, las actas, certificados, cuadernos y certificados de muerte fetal, a los Departamentos de Estadísticas Continuas en las Direcciones Regionales (Existen entidades donde se hace el tratamiento manual y la codificaciŕn), con sus respectivas notas de remisiŕn, reportes de control y de movimientos a los directorios.

CONCENTRACION Y REGISTRO

Corresponde a los Departamentos de Estadísticas Continuas en las Regionales, recibir, separar, revisar el tratamiento manual de la informaciŕn y en la mayoría de los casos codificar, así como turnar para su tratamiento electrŕnico a la Subdirecciŕn de Informática Regional, las actas y certificados de defunciŕn, certificados de muerte fetal y cuadernos estadísticos de defunciones.

La jefatura del Departamento de Estadísticas Continuas en coordinaciŕn con la Subdirecciŕn que corresponda y la propia Direcciŕn de Estadísticas Demográficasy Sociales en conjunto, será el ŕrgano responsable de definir los trámites a seguir en cuanto a los reportes de recolecciŕn de las estadísticas de mortalidad en las Areas Eŕstatales de Recolecciŕn.

TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

El Departamento de Estadísticas Continuas, será el ŕrgano responsable de la clasificaciŕn, lotificaciŕn, codificaciŕn, depuraciŕn de las causas de muerte sujetas a vigilancia epidemiolŕgicas y foliaciŕn de los instrumentos de captaciŕn, (certificado y acta de defunciŕn, cuaderno estadístico de defunciones y certificado de muerte fetal).

La codificaciŕn general, geográficay de causa de muerte, de la informaciŕn detallada en los instrumentos de captaciŕn y envío de la misma para su captura y procesamiento, es responsabilidad del Departamento de Estadísticas Continuas en la Regional.

El Departamento de Estadísticas Continuas, será responsable del análisis y validaciŕn de los listados de cifras de control y de errores (preliminares).

DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	6
PROCEDIMIENTO	DISTRIBUCION DE FORMATOS EN LIMPIO				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

01	Departamento de Coordinación Regional de la DEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Envía a las Direcciones Regionales (departamentos de estadísticas continuas), dotación anual de cuadernos PEC-6-15 y formatos de control en limpio PEC-6-62, con oficio debidamente requisitados.
02	Departamentos de Estadísticas Continuas en la Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe y revisa dotación de cuadernos y formatos de control en limpio. PEC-6-15 PEC-6-62 <p style="text-align: center;">ES COMPLETO CORRECTO ?</p>
03		<ul style="list-style-type: none"> • No : solicita por oficio a oficinas centrales complemento y/o cantidad extraordinaria de material.
04		<ul style="list-style-type: none"> • Si : procede a su almacenamiento e integra paquetes para la distribución a las áreas estatales en su jurisdicción
05		<ul style="list-style-type: none"> • Envía paquetes con cuadernos y formatos de control en limpio a las áreas estatales de recolección, registra en controles los movimientos y archiva definitivamente los talones de guías.
06	Areas Estatales de Recolección	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe por oficio paquetes con cuadernos y formatos en limpio enviados por el departamento de estadísticas continuas en la región, y revisa si el contenido de éstos es completo, correcto y se ajusta a sus necesidades. <p style="text-align: center;">ES COMPLETO CORRECTO ?</p>
07		<ul style="list-style-type: none"> • No: solicita por oficio al departamento de estadísticas continuas en la región, faltantes, y/o extraordinarios.
08		<ul style="list-style-type: none"> • Si: Procede a la distribución de cuadernos y formatos de control en limpio, a las fuentes informantes correspondientes a su área de acción. <ul style="list-style-type: none"> • Oficialías de Registro Civil • Agencias del Ministerio Público <p style="font-size: small;">(Las fuentes informantes reciben material estadístico, lo documentan y lo regresan a las áreas estatales de recolección, debidamente requisitado).</p>

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	7
PROCEDIMIENTO	DISTRIBUCION DE FORMATOS EN LIMPIO				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

09	Fuentes informantes (Oficialias)	<ul style="list-style-type: none"> Recibe paquetes y verifica que el total de formatos sea el que indica la forma PEC-6-61, firma y sella de recibido y regresa acuse de recibo al área estatal. PEC-6-60 Y PEC-6-62
		ES COMPLETO CORRECTO ?
10		<ul style="list-style-type: none"> No: solicita cantidad faltante de formatos de control al área estatal correspondiente.
11		<ul style="list-style-type: none"> Sí: procede al llenado de los formatos de control, mismos que serán devueltos al área estatal.
12		<ul style="list-style-type: none"> Con base al certificado de defunción, registra en actas las defunciones y separa copia correspondiente al INEGI, anexando a cada acta su respectiva copia del certificado de defunción
13		<ul style="list-style-type: none"> Organiza las actas de defunción en orden progresivo presenten o no certificado; ordena certificados de defunción y certificado de muerte fetal por fecha de registro.
14		<ul style="list-style-type: none"> Elabora mensualmente un juego de formas PEC-6-62, en original y tres copias para la entrega de las actas y certificados de defunción; y otro juego para los certificados de muerte fetal, el original se queda en el paquete. Las copias se distribuyen de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> 1a. copia al departamento de estadísticas 2a. copia en el área estatal 3a. copia a la fuente informante como acuse
15		<ul style="list-style-type: none"> Remite o entrega paquetes con actas de defunción con sus respectivos certificados y certificados de muerte fetal con el formato PEC-6-62, a las áreas estatales correspondientes.
16		<ul style="list-style-type: none"> En caso de no haberse registrado ningún hecho, se reporta por medio del certificado "cero" PEC-6-60 y se envía a las áreas correspondientes.
CONTINUA PROCEDIMIENTO (AGENCIAS DEL MP)		

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	8
PROCEDIMIENTO	DISTRIBUCION DE FORMATOS EN LIMPIO				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

17	Fuentes informantes (Agencias del MP)	<ul style="list-style-type: none"> Recibe paquetes y verifica que el total de formatos PEC-6-60, PEC-6-62 Y PEC-6-15, sea el que indica la forma PEC-6-61, firma y sella de recibido y regresa el acuse de recibo al área estatal.
		ES COMPLETO CORRECTO
18		<ul style="list-style-type: none"> No: solicita cantidad faltante de formatos de control al área estatal correspondiente.
19		<ul style="list-style-type: none"> Sí: procede al llenado de los formatos de control, mismos que serán devueltos al área estatal.
20		<ul style="list-style-type: none"> Registra en los cuadernos estadísticos PEC-6-15 los hechos ocurridos y reportados en los certificados de defunción por el médico forense dentro de su jurisdicción.
21		<ul style="list-style-type: none"> Organiza los cuadernos por fecha de registro mediante el juego de formatos PEC-6-62 en original y tres copias, y los remite al área estatal de INEGI. El original se queda en el paquete. Las copias se distribuyen de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> 1a. copia al departamento de estadísticas. 2a. copia en el área estatal. 3a. copia a la fuente informante como acuse.
22		<ul style="list-style-type: none"> Cuando no halla reclamación del certificado por parte de los familiares, el Ministerio Público debe entregar éste, a la oficialía del registro civil.
23		<ul style="list-style-type: none"> Remite o entrega paquetes con cuadernos estadísticos de muertes accidentales y violentas con el formato PEC-6-62, a las áreas estatales correspondientes.
24		<ul style="list-style-type: none"> En caso de no haberse registrado ningún hecho, se reporta por medio del certificado "cero" PEC-6-60 y se envía con el resto de la información a las áreas correspondientes.
CONTINUA OTRO PROCEDIMIENTO (AREAS ESTATALES)		

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA	HOJA: 09
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	
PROCEDIMIENTO:	DISTRIBUCION DE FORMATOS EN LIMPIO	
DEPARTAMENTO DE COORDINACION REGIONAL DE LA DEDS	DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS CONTINUAS EN LA REGION	AREAS ESTATALES DE RECOLECCION

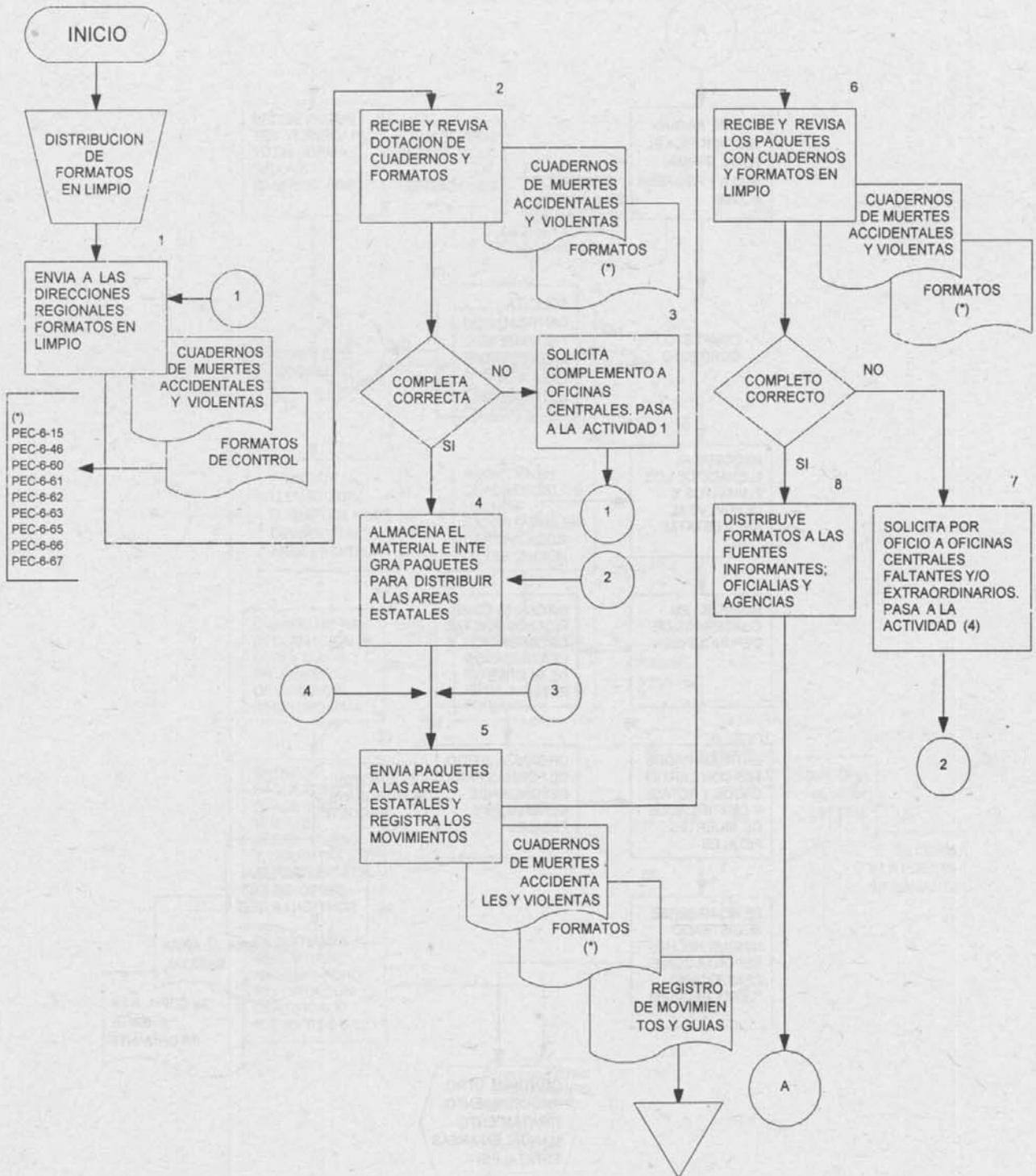


DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA	HOJA: 10
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	
PROCEDIMIENTO:	DISTRIBUCION DE FORMATOS EN LIMPIO	

DEPARTAMENTO DE COORDINACION REGIONAL DE LA DEDS	DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS CONTINUAS EN LA REGION	AREAS ESTATALES DE RECOLECCION
--	---	--------------------------------

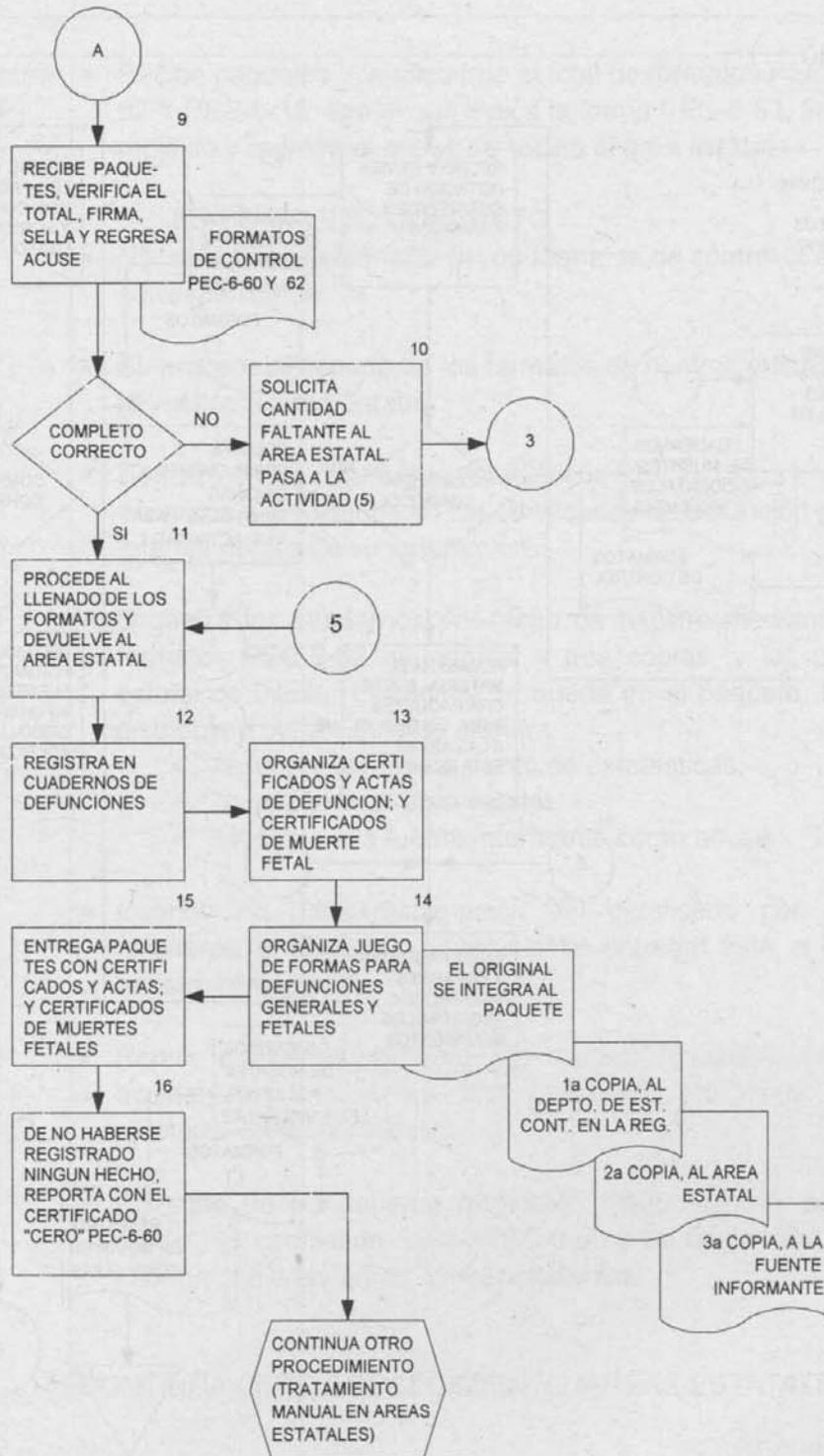
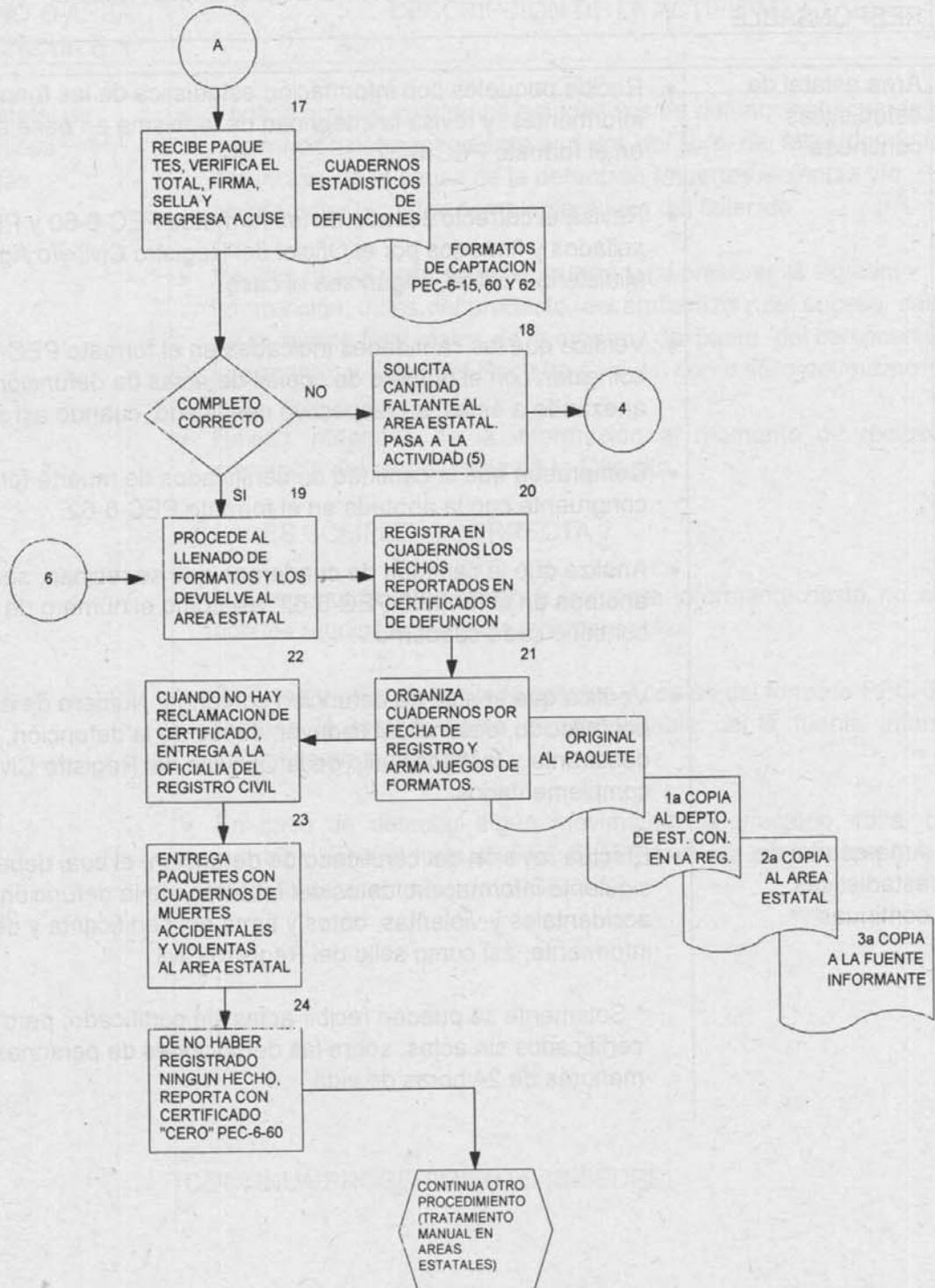


DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA	HOJA: 11
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	
PROCEDIMIENTO:	DISTRIBUCION DE FORMATOS EN LIMPIO	

DEPARTAMENTO DE COORDINACION REGIONAL DE LA DEDS	DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS CONTINUAS EN LA REGION	AREAS ESTATALES DE RECOLECCION
--	---	--------------------------------



DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	12
PROCEDIMIENTO	RECOLECCION ESTATAL DE INFORMACION ESTADISTICA DE MORTALIDAD				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

01	Area estatal de estadísticas continuas	<ul style="list-style-type: none"> Recibe paquetes con información estadística de las fuentes informantes, y revisa la integridad de la misma en base a lo descrito en el formato PEC-6-62.
02		<ul style="list-style-type: none"> Revisa el correcto llenado de los formatos PEC-6-60 y PEC-6-62, sellados y firmados por el Oficial del Registro Civil y/o Agente del Ministerio Público, según sea el caso.
03		<ul style="list-style-type: none"> Verifica que las cantidades indicadas en el formato PEC-6-62 coincidan con el número de copias de actas de defunción recibidas, anexando a éstas, su respectivo certificado, cuando así sea el caso.*
04		<ul style="list-style-type: none"> Comprueba que la cantidad de certificados de muerte fetal, sea congruente con la anotada en el formato PEC-6-62.
05		<ul style="list-style-type: none"> Analiza que la cantidad de cuadernos que se reciben, sea la misma anotada en el formato PEC-6-62, así como el número de casos que contiene cada cuaderno.
06		<ul style="list-style-type: none"> Verifica que el acta de defunción contenga: Número de acta, datos del fallecido, destino del cadáver, causa de la defunción, datos del declarante y testigos, sello de la Oficialía del Registro Civil y datos complementarios.
07	Area estatal de estadísticas continuas	<ul style="list-style-type: none"> Efectúa revisión del certificado de defunción, el cual debe contener la siguiente información; datos del fallecido, de la defunción, muertes accidentales y violentas, datos y firma del certificante y del informante, así como sello del Registro Civil. <p>* Solamente se pueden recibir actas sin certificado; pero no certificados sin actas, sobre las defunciones de personas de menores de 24 horas de vida</p>

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	13
PROCEDIMIENTO	RECOLECCION ESTATAL DE INFORMACION ESTADISTICA DE MORTALIDAD				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

08	Area estatal de estadísticas continuas	<ul style="list-style-type: none"> Verifica que los cuadernos estadísticos de defunciones, contengan información correspondiente a; datos del libro, del fallecido, de la defunción, de la causa de la defunción (muertes violentas y/o accidentales) y datos complementarios del fallecido.
09		<ul style="list-style-type: none"> Verifica que el certificado de muerte fetal presente la siguiente información; datos del producto, del embarazo y del suceso, causa de la muerte fetal, datos de la madre y del padre, del certificante, del informante; y datos del Registro Civil así como sello del mismo.
10		<ul style="list-style-type: none"> Revisa integridad de la información al momento de recibirla, en presencia del responsable de la Oficialía. <p style="text-align: center;">ES COMPLETA CORRECTA ?</p>
11		<ul style="list-style-type: none"> No: regresa la información a la fuente informante hasta no cumplir con los requisitos mínimos indispensables.
12		<ul style="list-style-type: none"> Si: firma y sella de recibido original y copias del formato PEC-6-62, y regresa la tercera copia al responsable de la fuente informante Oficialías y/o Agencias.
13		<ul style="list-style-type: none"> En caso de detectar algún movimiento al directorio, (alta, baja o cambio), llena el formato PEC-6-65 y lo turna para su captura en el módulo de directorios del SISEDES <p style="text-align: center;">CONTINUA PROCEDIMIENTO (SISEDES)</p>

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	14
PROCEDIMIENTO	RECOLECCION ESTATAL DE INFORMACION ESTADISTICA DE MORTALIDAD				

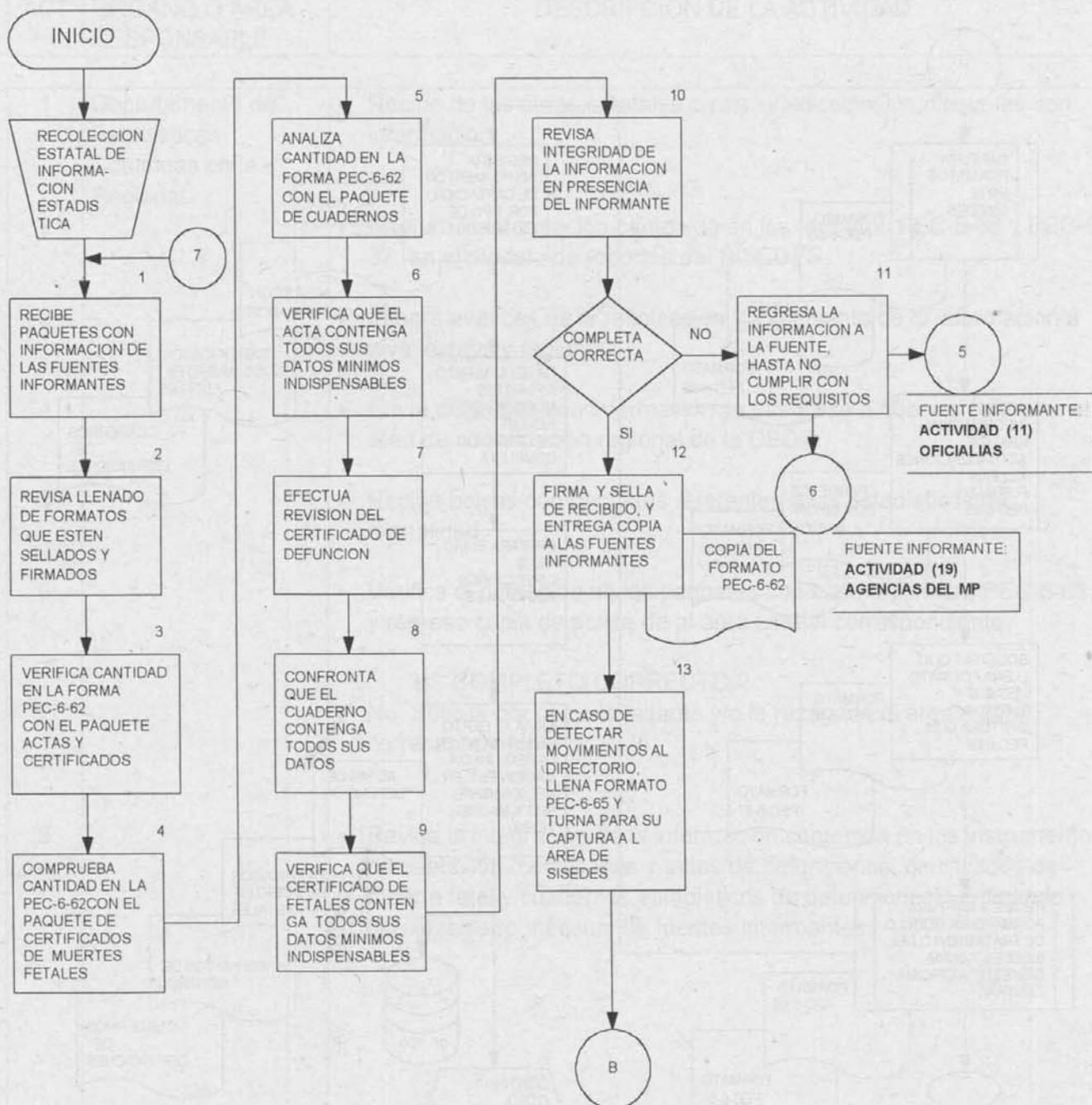
ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

14	Area estatal de estadísticas continuas (SISEDES)	<ul style="list-style-type: none"> • Captura formatos PEC-6-62 y PEC-6-60 en su módulo de registro y asigna el folio proporcionado por el sistema (SISEDES)
15		<ul style="list-style-type: none"> • Recibe paquetes con información y realiza actualizaciones en caso de ser necesario, y llena el formato PEC-6-66, por subsistema y etapa de tratamiento.
16		<ul style="list-style-type: none"> • Solicita el último folio tratado al responsable de cada etapa, llena el formato PEC-6-67 y se turna a captura con formato PEC-6-66.
17		<ul style="list-style-type: none"> • El área de captura recibe formatos PEC-6-66 y 67 para su captura y registro en el módulo de tratamiento, y envía diskette a oficina Central
18		<ul style="list-style-type: none"> • Registra por separado certificados y actas de defunción, de muerte fetal y cuadernos estadísticos de defunciones, por tipo de estadística y período de captación.
19		<ul style="list-style-type: none"> • Da seguimiento a fuentes morosas de rendir información completa.
20		<ul style="list-style-type: none"> • Prepara información para su envío a las Direcciones Regionales (departamento de estadísticas continuas)
21		<ul style="list-style-type: none"> • Envía al departamento de estadísticas continuas con oficio y formato PEC-6-63 las actas, cuadernos, certificados de defunción y muerte fetales, reportes de recolección, formatos de control y diskettes de SISEDES.
		<p>CONTINUA OTRO PROCEDIMIENTO (TRATAMIENTO MANUAL DE LA INFORMACION NIVEL REGIONAL)</p>

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA	HOJA: 15
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	
PROCEDIMIENTO:	RECOLECCION ESTATAL DE INFORMACION ESTADISTICA	

AREAS ESTATALES DE ESTADISTICAS CONTINUAS



DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	17
PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO MANUAL DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

1	Departamento de Estadísticas Continuas en la Regional	<ul style="list-style-type: none"> Recibe de las áreas estatales en su jurisdicción, los disquetes con información.
2		<ul style="list-style-type: none"> Captura la información contenida en los formatos PEC-6-66 y PEC-6-67, en el módulo de reportes del SISEDES.
3		<ul style="list-style-type: none"> Integra avances de la recolección y tratamiento de la información a nivel estatal y regional.
4		<ul style="list-style-type: none"> Envía disquetes con información ya integrada a oficinas centrales al área de coordinación regional de la DEDS
5		<ul style="list-style-type: none"> Recibe bolsas con paquetes referentes a las estadísticas de mortalidad.
6		<ul style="list-style-type: none"> Verifica el contenido de los paquetes con base al formato PEC-6-63, y regresa copia de acuse de al área estatal correspondiente.
7		<p>ES COMPLETO CORRECTO ?</p> <ul style="list-style-type: none"> No: Solicita por oficio lo faltante y/o lo rezagado al área estatal correspondiente.
8		<ul style="list-style-type: none"> Revisa la integración de la información contenida en los instrumentos de captación (certificados y actas de defunciones, certificados de muerte fetal y cuadernos estadísticos de defunciones) verificando así, el registro mensual de fuentes informantes.

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	18
PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO MANUAL DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

9	Departamento de Estadísticas Continuas Regional	<ul style="list-style-type: none"> Clasifica la información por tipo de estadística; defunciones generales, fetales y accidentales y/o violentas, y separa la documentación de la siguiente forma: <ol style="list-style-type: none"> actas de defunción con o sin su certificado y PEC-6-62 certificado de muerte fetal con su PEC-6-62 cuadernos con su PEC-6-62.
10		<ul style="list-style-type: none"> Confronta la información de actas, certificados y cuadernos, contra el registro de recolección de la forma PEC-6-62.
11		<ul style="list-style-type: none"> Lotifica por tipo de estadística paquetes con información referente a defunciones, muertes fetales y muertes accidentales y violentas, los cuales no deben contener un máximo de 300 casos por paquete.
12		<ul style="list-style-type: none"> Lotifica de igual forma las actas que no presentaron certificado de defunción al momento de su revisión, y elabora un nuevo juego de formas PEC-6-62 en original y dos copias, para la elaboración de otro paquete (lote).
13		<ul style="list-style-type: none"> Asigna número de paquete a cada formato PEC-6-62, para tener un control de lo recibido al año en cada una de las estadísticas de mortalidad. (comenzando con el número 000001).
14		<ul style="list-style-type: none"> Separa de cada paquete la segunda copia del formato PEC-6-62, y procede a archivarlas en forma temporal.
15		<ul style="list-style-type: none"> Ordena paquetes en forma progresiva por tipo de estadística y los envía al área de crítica codificación.

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	19
PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO MANUAL DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

16		<ul style="list-style-type: none"> • Depura la información en base a las defunciones generales, accidentales y violentas, la cual debe contener lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> a) Que no exista duplicidad de información en el traslado de cadáveres, que sólo exista el acta que se levantó en el lugar y momento de la defunción. (en caso de encontrar duplicidad, se cancela la segunda acta y se corrige la PEC-6-62). b) En el caso de las muertes accidentales y violentas, se verifica que no exista duplicidad, que el número de certificados reportados por el registro civil, coincida con el número de casos reportados en el cuaderno por las agencias del ministerio público. (de igual forma que la anterior, se cancelan los casos duplicados en el cuaderno de defunciones y se corrige la forma PEC-6-62 en el caso de que la información tenga modificaciones al respecto).
17	Departamento de Estadísticas Continuas Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Critica y codifica la información de las estadísticas de mortalidad en cuanto a la parte general, geográfica y causa de la defunción de los certificados y actas de defunción, certificados de muertes fetales y cuadernos estadísticos de defunciones.
18		<ul style="list-style-type: none"> • Elabora reporte de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológicas y lo envía a la Secretaría de Salud en el Estado, para su ratificación y/o rectificación. <p style="text-align: center;">ES RATIFICADO ?</p>
19		<ul style="list-style-type: none"> • Si: se considera como causa epidemiológica y se cuantifica en los reportes de control, modificando la forma PEC-6-62 del paquete afectado, se envía copia del reporte a la Secretaría de Salud, y continua con el procedimiento.
20		<ul style="list-style-type: none"> • No: Pero es rectificada, se procede a corregir la información, y se continua con el procedimiento de tratamiento.
21		<ul style="list-style-type: none"> • Ordena progresivamente por estadística y fuente los paquetes, hace relación por separado de actas y certificados de defunción, certificados de muerte fetal, actas sin certificado y cuadernos con su forma PEC-6-62, anotando en ésta, su nombre como codificador y lo entrega al supervisor.

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	20
PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO MANUAL DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

22		<ul style="list-style-type: none"> Terminadas las etapas de depuración, crítica-codificación y supervisión, hace relación por separado de cada una de las estadísticas anotando en la forma PEC-6-62, los nombres de las personas involucradas en estas actividades, y por entrega la información al área de foliación.
23		<ul style="list-style-type: none"> Recibe la información en paquetes debidamente ordenados por el área de crítica-codificación, verificando y conservando el orden progresivo de la información por estadística y fuente, en el formato PEC-6-62.
24	Departamento de Estadísticas Continuas Regional	<ul style="list-style-type: none"> Asigna folio en la parte superior derecha de cada certificado de defunción, a las acta de defunción que no presentaron certificado, a los certificados de muerte fetal, y a los cuadernos estadísticos de defunciones que no fue posible contar con su certificado; comenzando esto, con el número (000001) para cada entidad federativa al inicio de cada período (año estadístico) <p style="text-align: center;">Nota: La lotificación debe ser seriada y por separado (certificados ,actas y cuadernos) de uno en uno hasta concluir el año estadístico, y del 1 de enero al 31 de diciembre evitando con esto, duplicar la foliación u omitir algún número.</p>
25		<ul style="list-style-type: none"> Anota en el formato PEC-6-62 el número de folio inicial y final asignado a cada paquete y estadística, además de la fecha y nombre de la persona que llevó a cabo la foliación.
26		<ul style="list-style-type: none"> Archiva copias del formato PEC-6-62 en orden progresivo por estadística, mes y fuente continuando así la foliación en el mismo orden a los meses subsiguientes.
27		<ul style="list-style-type: none"> Relaciona paquetes en orden progresivo por estadística, entrega por oficio la información al área de captura y da seguimiento, archivando así, acuse de entrega (oficio). <p>CONTINUA OTRO PROCEDIMIENTO (TRATAMIENTO ELECTRONICO)</p>

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD
PROCEDIMIENTO:	TRATAMIENTO MANUAL DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL

HOJA: 21

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS CONTINUAS EN LA REGION

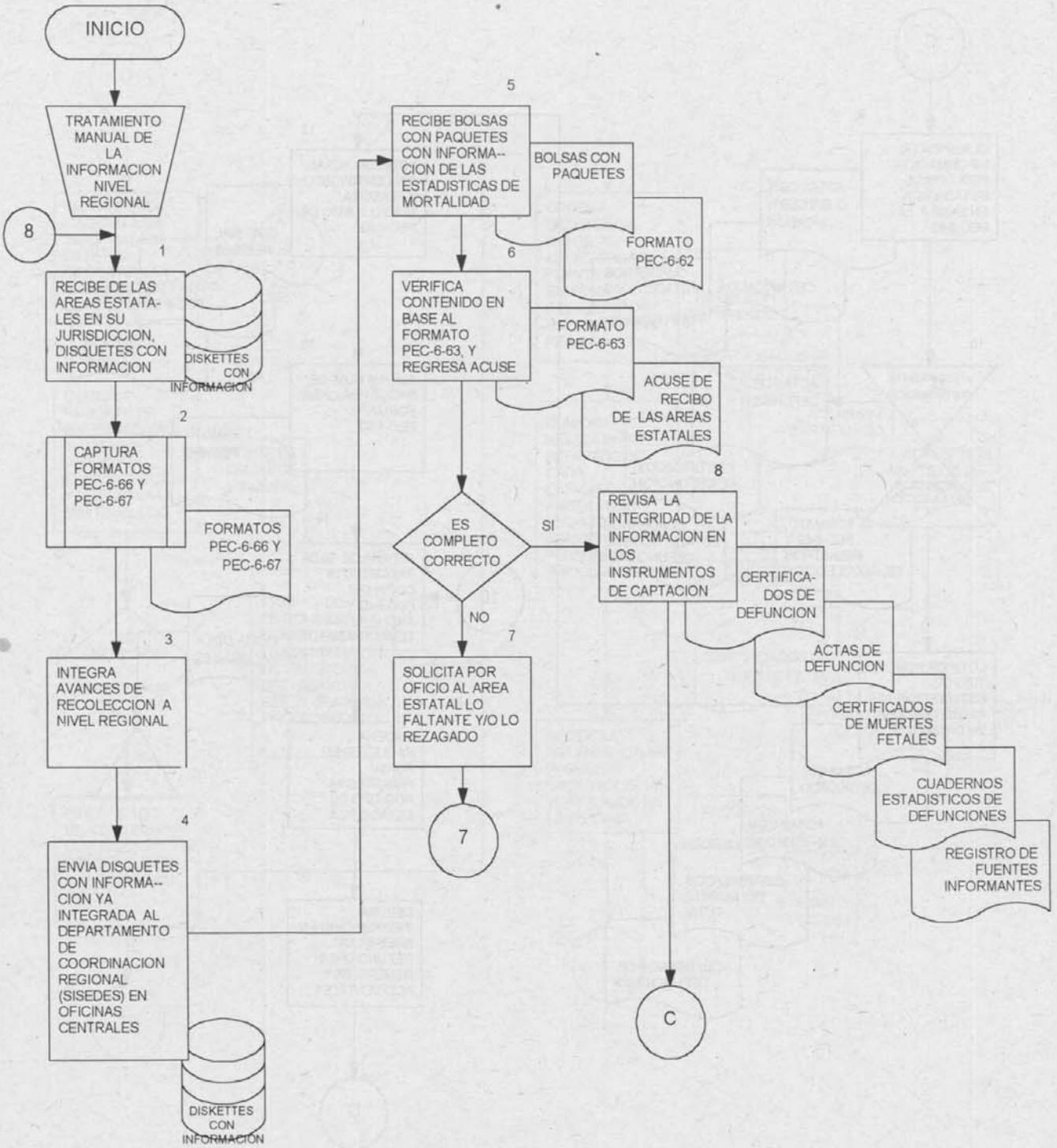


DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD
PROCEDIMIENTO:	TRATAMIENTO MANUAL DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL

HOJA: 22

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS CONTINUAS EN LA REGION

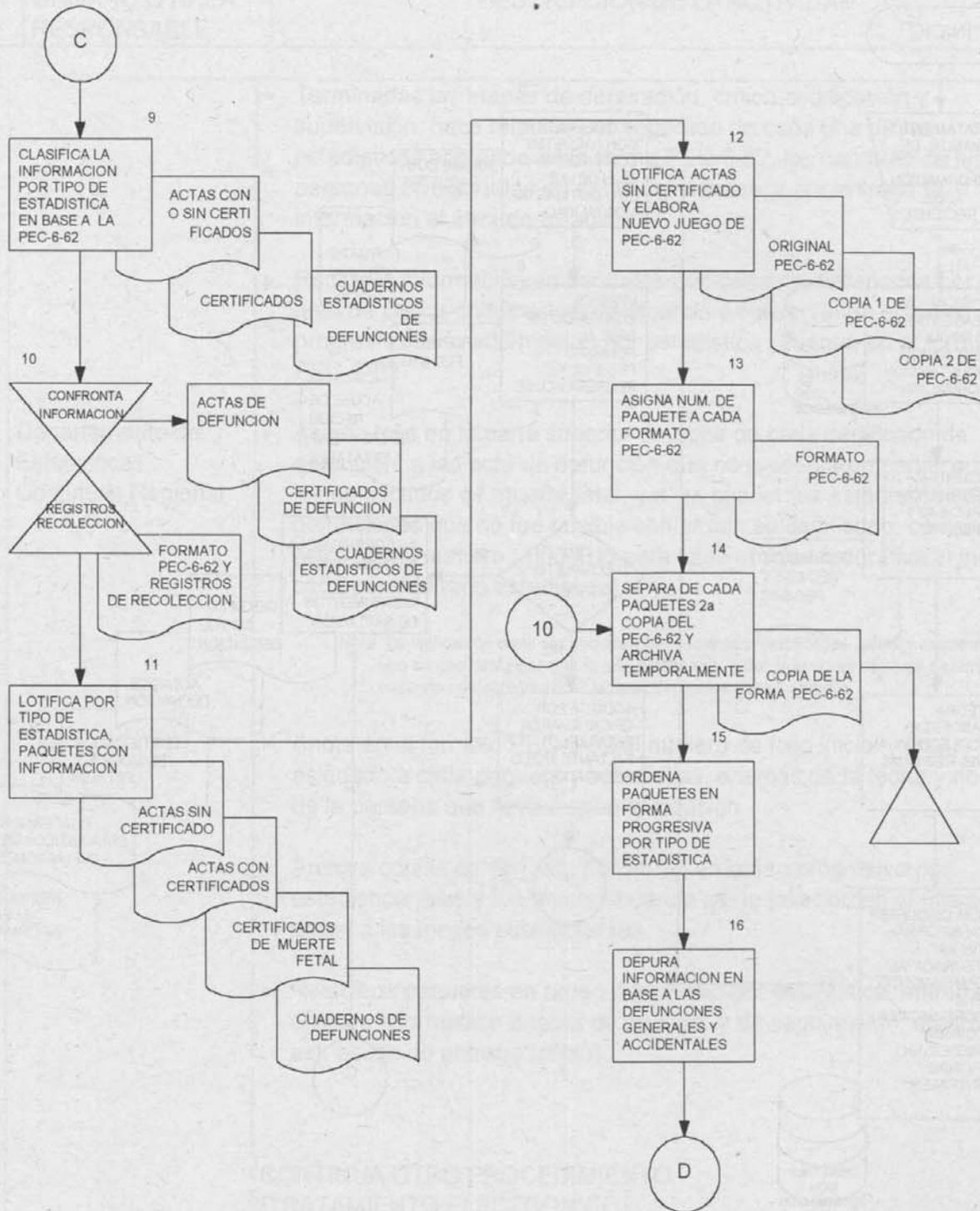


DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD
PROCEDIMIENTO:	TRATAMIENTO MANUAL DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL

HOJA:
23

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS CONTINUAS EN LA REGION

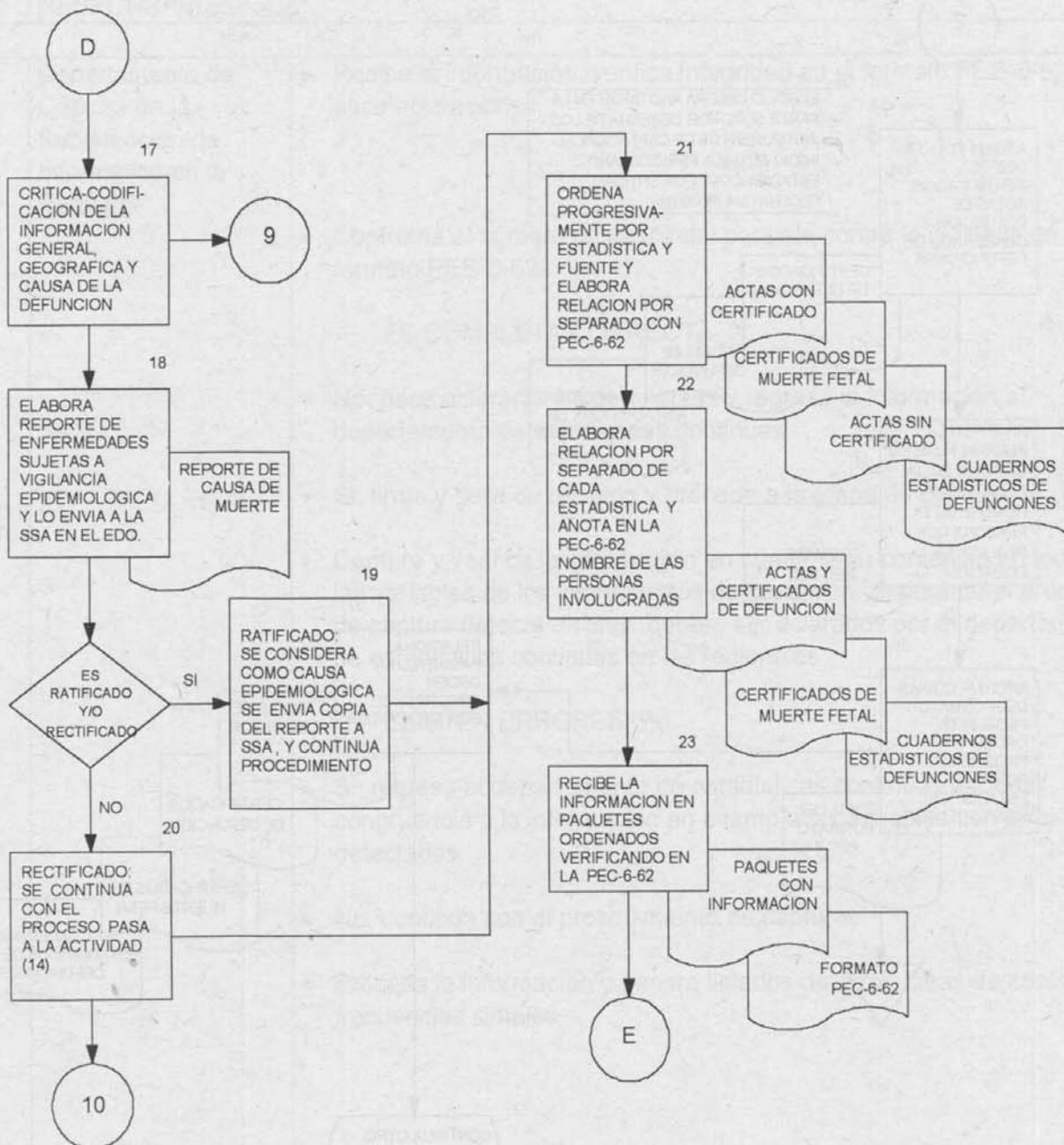
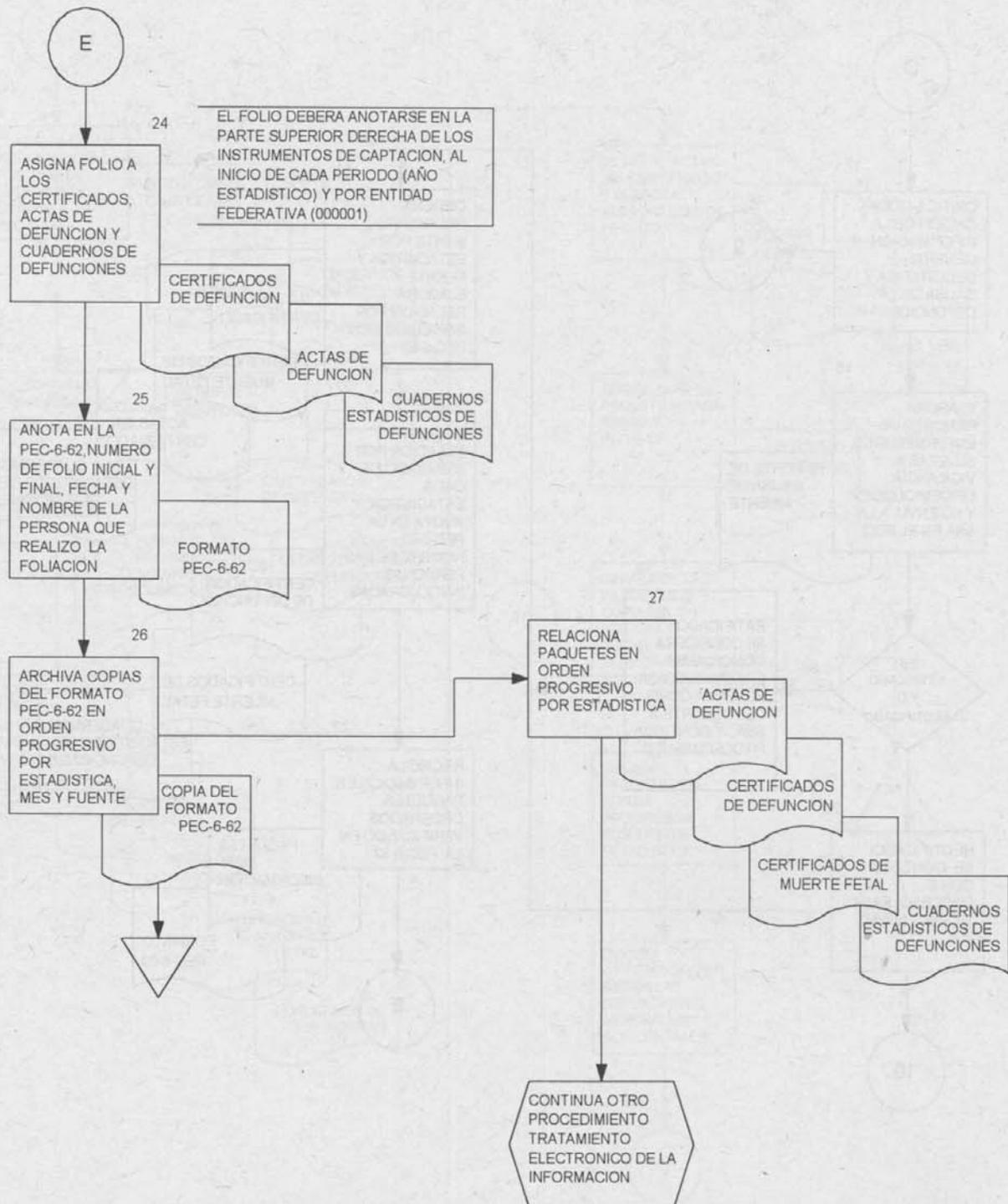


DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD
PROCEDIMIENTO:	TRATAMIENTO MANUAL DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL

HOJA:
24

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS CONTINUAS EN LA REGION



DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	25
PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO ELECTRONICO DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

1	Departamento de Captura de la Subdirección de Informática en la Regional	<ul style="list-style-type: none"> Recibe la información, verifica integridad en el formato PEC-6-62 y hace aclaraciones.
2		<ul style="list-style-type: none"> Confronta el número de casos del paquete contra lo indicado en el formato PEC-6-62. <p>ES COMPLETA CORRECTA ?</p>
3		<ul style="list-style-type: none"> No: hace aclaraciones pertinentes y regresa la información al departamento de estadísticas continuas.
4		<ul style="list-style-type: none"> Si: firma y sella de recibido y procede a la etapa de captura.
5		<ul style="list-style-type: none"> Captura y verifica la información en cuanto a su contenido en todas las variables de los instrumentos de captación. Si durante el proceso de captura detecta errores, deben, ser aclarados por el departamento de estadísticas continuas en las regionales. <p>EXISTEN ERRORES ?</p>
6		<ul style="list-style-type: none"> Si: regresa al departamento de estadísticas continuas para dar congruencia a la información en cuanto a las variables con error detectadas.
7		<ul style="list-style-type: none"> No: continúa con el procedimiento de captura.
8		<ul style="list-style-type: none"> Procesa la información y genera listados de error, cifras de control y frecuencias simples.

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	26
PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO ELECTRONICO DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

9	Departamento de Captura de la Subdirección de Informática en la Regional	<ul style="list-style-type: none"> Envía listados de error, cifras de control y frecuencias simples, al departamento de estadísticas continuas para su validación.
10	Departamento de Estadísticas Continuas en la Regional	<ul style="list-style-type: none"> El departamento de estadísticas continuas recibe, revisa y valida los listados de error, cifras de control y frecuencias simples. <p style="text-align: center;">EXISTEN ERRORES ?</p>
11		<ul style="list-style-type: none"> Si: corrige listados de error y regresa al departamento de captura para continuar su procedimiento.
12		<ul style="list-style-type: none"> No: Valida listados y los turna al departamento de captura para continuar con el procedimiento.
13	Departamento de Captura de la Subdirección de Informática en la Regional	<ul style="list-style-type: none"> Recibe listados de error, cifras de control y frecuencias ya corregidas y validadas por el departamento de estadísticas continuas, integra la información a nivel regional en cintas. (una cinta por entidad federativa)
14		<ul style="list-style-type: none"> Envía la información integrada en cintas y listados de validación a oficinas centrales (DGPI) por medio de oficio.
15	Dirección General de Política Informática	<ul style="list-style-type: none"> Recibe cintas con información y listados de validación enviados por las direcciones regionales.
16		<ul style="list-style-type: none"> Envía listados de validación al departamento de tratamiento de la causa de defunción para su validación
17	Departamento de tratamiento de la causa de la defunción de la DEDS	<ul style="list-style-type: none"> Valida y corrige de ser así, listados de validación y envía a la Dirección de Política Informática

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	27
PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO ELECTRONICO DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

18	Dirección General de Política Informática	<ul style="list-style-type: none"> Recibe listados de validación y realiza correcciones en cintas de información por entidad federativa
19		<ul style="list-style-type: none"> Integra archivos a nivel nacional por entidad federativa y estadística
20		<ul style="list-style-type: none"> Valida automáticamente la información y procede a la elaboración y generación de frecuencias cruzadas y tabulados de defunciones generales y fetales.
21		<ul style="list-style-type: none"> Envía al departamento de mortalidad de la DEDS, frecuencias y tabulados de las estadísticas de defunciones para su revisión y validación.
22	Departamento de Mortalidad de la DEDS	<ul style="list-style-type: none"> Recibe frecuencias y tabulados de las estadísticas de mortalidad y procede a su análisis.
23		<ul style="list-style-type: none"> Analiza cruce de variables por edad, sexo y causa de la defunción, el cual consiste en: <ol style="list-style-type: none"> Valores de las frecuencias cruzadas Análisis de la matriz en base al cuerpo del cuadro Revisión del cruce de variables; edad, sexo, etc. Causas epidemiológicas 24 tabulados de defunciones generales 19 tabulados de defunciones fetales <p>EXISTEN ERRORES ?</p>
24		<ul style="list-style-type: none"> Si: Corrige y regresa a política informática la información errónea para su corrección, la que posteriormente será liberada.
25		<ul style="list-style-type: none"> No: libera la información y notifica a la Dirección General de Política Informática la aprobación de la misma, para la generación final de los tabulados.
26	Dirección General de Política Informática	<ul style="list-style-type: none"> Recibe oficio de liberación de las frecuencias y tabulados ya aprobados por el departamento de estadísticas de mortalidad de la DEDS.

CONTINUA DESCRIPCION NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. DIRECCION DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES	FECHA DE ELABORACION			HOJA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA RECOLECCION Y GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	DIA	MES	AÑO	28
PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO ELECTRONICO DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL				

ACT	ORGANO O AREA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
-----	---------------------------	-----------------------------

27		<ul style="list-style-type: none"> • Procede a la integración y generación definitiva de los tabulados.
28		<ul style="list-style-type: none"> • Envía nuevamente al departamento de estadísticas de mortalidad de la DEDES, los tabulados definitivos para su análisis y difusión. (24 tabulados de defunciones generales y 19 de defunciones fetales.)
29		<ul style="list-style-type: none"> • Liberada la información, regresa las cintas integradas a nivel nacional y estatal a las direcciones regionales para su difusión y consulta de usuarios, y los tabulados definitivos, los envía al departamento de estadísticas de mortalidad de la DEDES. <p>Nota: las direcciones regionales deben mantener la comunicación con instituciones que realicen de alguna manera, tareas relacionadas con la causa de muerte; ésto con la finalidad de verificar normas y procedimientos en cuanto al fenómeno de mortalidad se refiere, principalmente, con la Secretaría de Salud.</p>
30	Departamento de Mortalidad de la DEDES	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe tabulados definitivos y procede al análisis y difusión de la información a nivel interno del Instituto.
31		<ul style="list-style-type: none"> • Analiza y selecciona variables de los tabulados definitivos.
32		<ul style="list-style-type: none"> • Generará información estadística de mortalidad para los cuadernos de población, boletines informativos y otros medios de difusión.
33		<ul style="list-style-type: none"> • Envía información en medios magnéticos a Instituciones de Salud Nacional e Internacional

DEPARTAMENTO DE CAPTURA DE LA SUBDIRECCION DE INFORMATICA EN LA REGIONAL

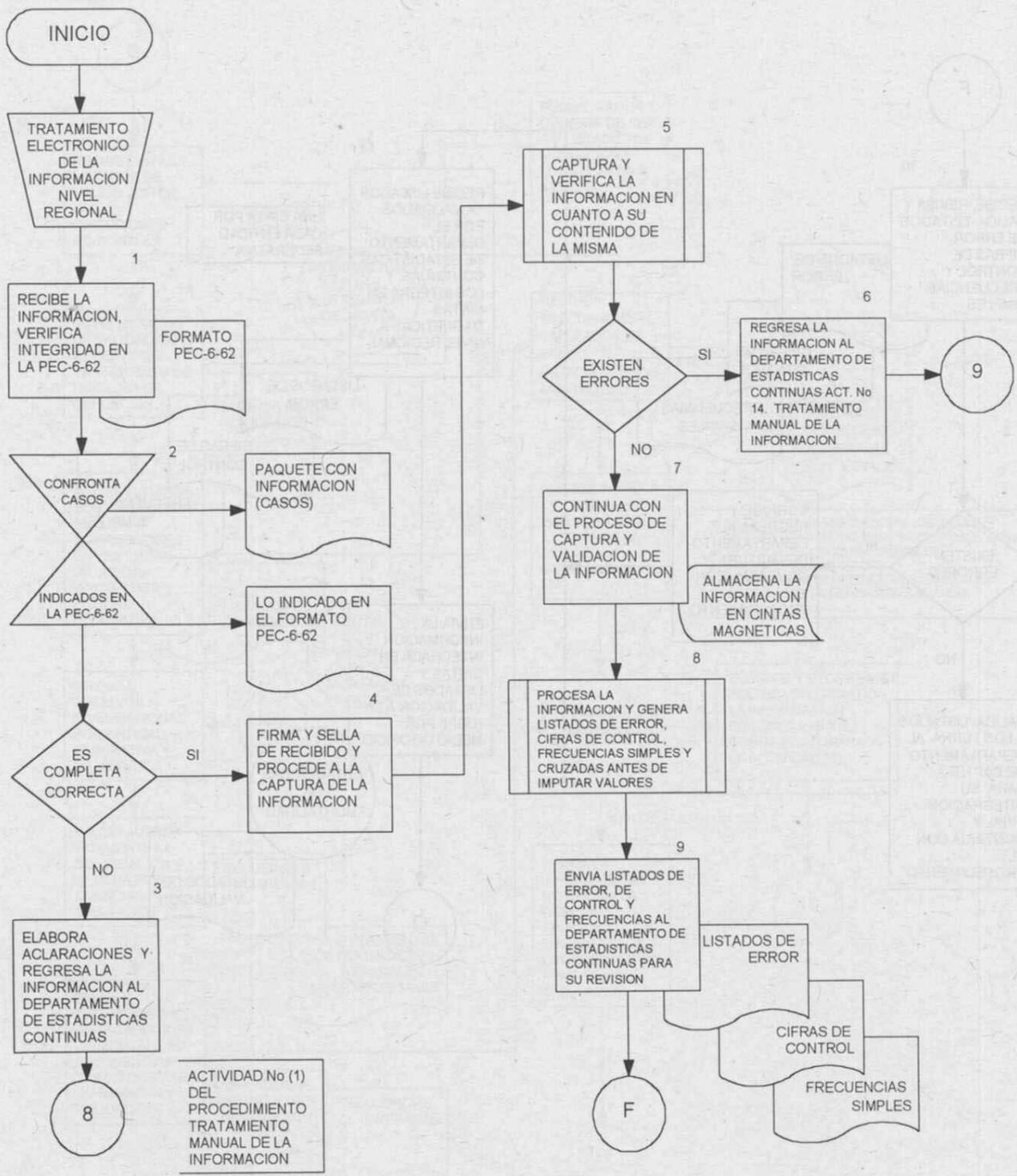


DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA	HOJA: 30
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD	
PROCEDIMIENTO:	TRATAMIENTO ELECTRONICO DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL	

DEPARTAMENTO DE CAPTURA DE LA SUBDIRECCION DE INFORMATICA EN LA REGIONAL

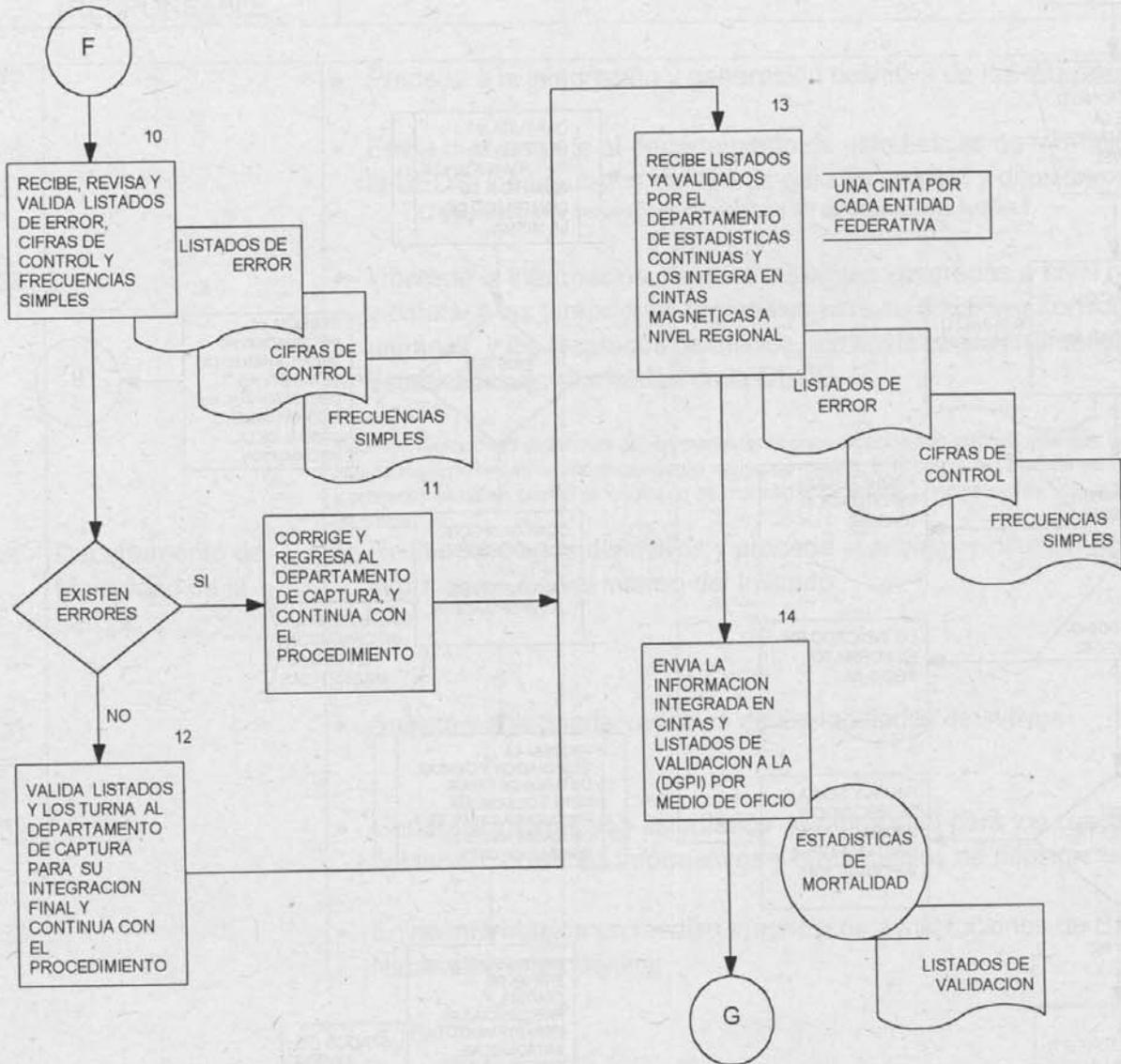
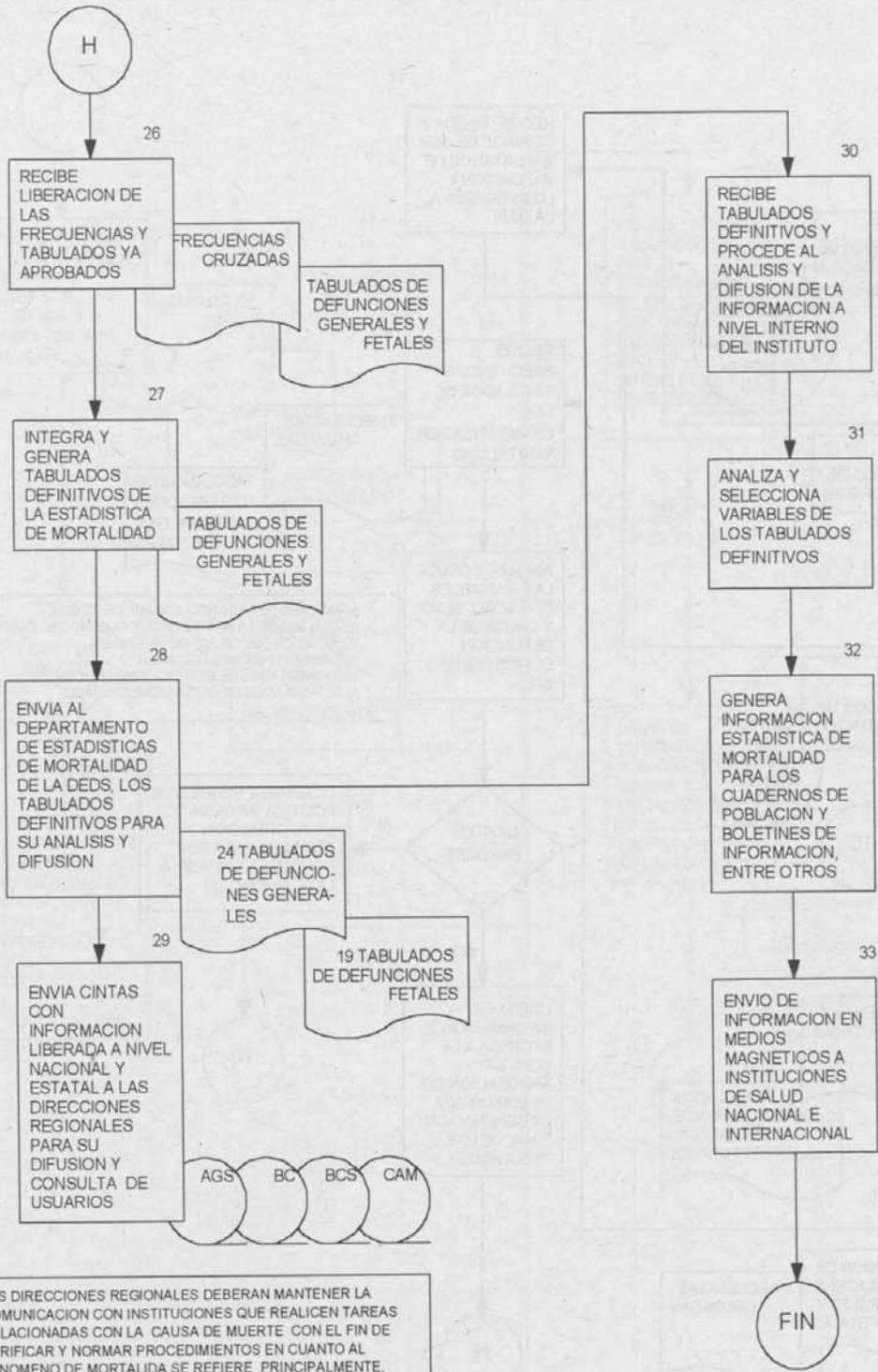


DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

AREA:	DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA
MANUAL:	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD
PROCEDIMIENTO:	TRATAMIENTO ELECTRONICO DE LA INFORMACION A NIVEL REGIONAL

HOJA:	32
-------	----

DEPARTAMENTO DE CAPTURA DE LA SUBDIRECCION DE INFORMATICA EN LA REGIONAL



LAS DIRECCIONES REGIONALES DEBERAN MANTENER LA COMUNICACION CON INSTITUCIONES QUE REALICEN TAREAS RELACIONADAS CON LA CAUSA DE MUERTE CON EL FIN DE VERIFICAR Y NORMAR PROCEDIMIENTOS EN CUANTO AL FENOMENO DE MORTALIDAD SE REFIERE PRINCIPALMENTE, CON LA SECRETARIA DE SALUD

Anexos



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO DE CAPTURA

98171006

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, LEANSE LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1 NOMBRE DEL FALLECIDO		2 FECHA DE NACIMIENTO			R2										
	Nombre (s) _____		Primer apellido _____		Segundo apellido _____	Dia _____			Mes _____	Año _____		R3				
	3 SEXO	4 EDAD CUMPLIDA	5 NACIONALIDAD			R4			16	18	19					
	Masculino <input type="radio"/> 1	Femenino <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Años _____	Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Especifique _____								
	Si era menor de un año, escriba si se trata de:	Meses _____	Dias _____	Horas _____	Especifique _____	R5			20	21	22					
	6 ESTADO CIVIL	Soltero <input type="radio"/> 1	Casado <input type="radio"/> 2	Unión libre <input type="radio"/> 3	Separado <input type="radio"/> 4	Divorciado <input type="radio"/> 5	Viudo <input type="radio"/> 6	Se ignora <input type="radio"/> 9	R6							
	7 RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido):	Calle, número y colonia _____	Localidad _____	Municipio o Delegación _____	Entidad Federativa _____	R7.3			23	24	25					
	8 OCUPACION HABITUAL	Ejem. Abañil, Dentista, Mecánico de autos, etc. _____	9 ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1	Menos de 3 años de primaria <input type="radio"/> 2	3 a 5 años de primaria <input type="radio"/> 3	Primaria completa <input type="radio"/> 4	Secundaria o equivalente <input type="radio"/> 5	Preparatoria o equivalente <input type="radio"/> 6	Profesional <input type="radio"/> 7	Se ignora <input type="radio"/> 9	R7.1				
	10 DERECHABIENTE	Ninguna <input type="radio"/> 1	MSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 4	Fuerzas Armadas <input type="radio"/> 5	Otra <input type="radio"/> 6	Se ignora <input type="radio"/> 9	11 NOMBRES			R8				
									Del Padre _____	De la Madre _____	Del Conyuge _____	R9				
DE LA DEFUNCION	12 LUGAR DONDE OCURRIO LA DEFUNCION		13 SITIO			14 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION			15 ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD?			R12.2				
	Calle, número y colonia _____		Localidad _____		Unidad médica: Hogar <input type="radio"/> 3	Pública <input type="radio"/> 1	Privada <input type="radio"/> 2	Otro <input type="radio"/> 4	Dia _____	Mes _____	Año _____	Hora _____	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	R12.1	
	16 CAUSAS DE LA DEFUNCION	Anote una sola causa en cada renglón. No quiere decirse con esto el modo de morir - Ejemplo: debilidad cardiaca, asenia, etc. - significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	R13			41	42	43	44	45	46	47			
	PARTE I	Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Debido a (o como consecuencia de) _____	b) Debido a (o como consecuencia de) _____	c) Debido a (o como consecuencia de) _____	d) _____	48	49	50	51	52	53	54	55		
	PARTE II	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estados morbosos informados en a), b), c) o d)														
	17 ¿SI LA DEFUNCION CORRESPONDE AL SEXO FEMENINO, ESPECIFIQUE SI ESTUVO EMBARAZADA O EN EL PUERPERIO DURANTE	17.1 Los 42 días antes de la muerte <input type="radio"/> 1	Los 11 meses antes de la muerte <input type="radio"/> 2	17.2 ¿Las causas tuvieron relación o fueron consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	R17.1			52	53	54	55	56	57		
	18 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	18.1 Fue un presunto	18.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	18.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Hogar <input type="radio"/> 1	Trabajo <input type="radio"/> 2	Via pública <input type="radio"/> 3	Edificio público <input type="radio"/> 4	Centro de recreo <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 6	18.4 La defunción fue registrada en el ministerio público con el acta num. _____	R18.1			54	
	18.5 ¿Se practicó necropsia? Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	18.6 Autoridad que ordenó la necropsia _____	R18.2			55	56	57	58	59	60	61	62		
	18.7 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos que dieron origen a la lesión. _____	R18.3			56	57	58	59	60	61	62	63	64	65		
	19 CERTIFICADA POR	19.1 Si el certificante es médico: Médico tratante <input type="radio"/> 1	Otro médico <input type="radio"/> 2	Cedula de la DGP _____	19.2 Si el certificante no es médico: Persona autorizada por SSA <input type="radio"/> 1	Autoridad civil <input type="radio"/> 2	Otro <input type="radio"/> 3	19.3 Nombre y firma del certificante _____	19.4 Domicilio y teléfono del certificante _____	R19			58	59		
20 NOMBRE DEL INFORMANTE	20.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO: _____	R21.1			60	61	62	63	64	65	66	67	68			
21 LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	22 Lugar y fecha del registro	22.1 _____	Localidad _____	22.2 _____	Municipio o Delegación _____	Entidad Federativa _____	22.3 _____	22.4 _____	Dia _____	Mes _____	Año _____	R22.3	64			
21.1 Acta Num. _____	23 _____	23.1 _____	23.2 _____	23.3 _____	23.4 _____	23.5 _____	23.6 _____	23.7 _____	23.8 _____	23.9 _____	23.0 _____	R22.2	66			
23.1 Acta Num. _____	23.2 _____	23.3 _____	23.4 _____	23.5 _____	23.6 _____	23.7 _____	23.8 _____	23.9 _____	23.0 _____	23.1 _____	23.2 _____	R22.1	69			
23.3 _____	23.4 _____	23.5 _____	23.6 _____	23.7 _____	23.8 _____	23.9 _____	23.0 _____	23.1 _____	23.2 _____	23.3 _____	23.4 _____	R22.4	73			

REMITASE ORIGINAL AL CENTRO DE SALUD DE LA S.S.A.

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL**

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO		
				DIA	MES	AÑO
MUNICIPIO			ENTIDAD FEDERATIVA			

FINADO SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
(NOMBRE(S)) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DE LA CALLE, No. EXTERIOR E INTERIOR _____

ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION _____ HORA: _____
 LUGAR _____ CERTIFICADO No. _____
 DESTINO DEL CADAVER INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____
 UBICACION _____ ORDEN No. _____
 DONDE FALLECIO _____
 CAUSA(S) DE LA MUERTE (A) _____
 (B) _____
 (C) _____

TIPO DE DEFUNCION _____
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION _____
 No. DE CEDULA PROFESIONAL _____
 DOMICILIO _____

DECLARANTE

NOMBRE _____ EDAD _____ AÑOS
 NACIONALIDAD _____ PARENTESCO _____
 DOMICILIO _____ OCUPACION _____

TESTIGOS

NOMBRE _____ NACIONALIDAD _____ EDAD _____ AÑOS
 DOMICILIO _____ OCUPACION _____ PARENTESCO _____
 NOMBRE _____ NACIONALIDAD _____ EDAD _____ AÑOS
 DOMICILIO _____ OCUPACION _____ PARENTESCO _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGO

TESTIGO

SELLO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO O QUIENES NO IMPRIMEN SU HUUELLA DIGITAL, DOY FE.

EL C. OFICIAL No. _____ DEL REGISTRO CIVIL

nombre

firma

DATOS COMPLEMENTARIOS

1.- TUVO EL FALLECIDO ASISTENCIA MEDICA EN SU ULTIMA ENFERMEDAD SI (1) NO (2) NO SABE (3)

2.- SITUACION LABORAL (1) TENIA TRABAJO (3) DEDICADO A LOS QUEHACERES DEL HOGAR (5) INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA TRABAJAR
 (2) ESTABA BUSCANDO TRABAJO (4) JUBILADO O PENSIONADO (6) OTRO
 (7) ESTUDIANTE

3.- SEXO DEL JEFE DEL HOGAR HOMBRE (1) MUJER (2)

4.- ESCOLARIDAD (1) SIN ESCOLARIDAD (3) DE 4 A 8 AÑOS DE PRIMARIA (5) SECUNDARIA O EQUIVALENTE (7) PROFESIONAL
 (2) DE 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA ULTIMO GRADO APROBADO (4) PRIMARIA COMPLETA (6) PREPARATORIA O EQUIVALENTE (8) OTRO

5.- POSICION EN SU TRABAJO (1) OBRERO (3) JORNALERO O PEON (5) PATRON O EMPRESARIO
 (2) EMPLEADO (4) TRABAJADOR POR SU CUENTA (6) TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO

6.- INGRESO MENSUAL N \$ _____

7.- SI LA DEFUNCION CORRESPONDE AL SEXO FEMENINO Y SE ENCUENTRA ENTRE EL GRUPO DE EDAD DE 10 A 54 AÑOS, SI () NO ()
 ANOTAR SI ESTUVO EMBARAZADA DURANTE LOS 42 DIAS ANTES DE LA MUERTE



CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

FOLIO DE CAPTURA

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, LEANSE LAS INSTRUCCIONES ANOTADAS EN EL REVERSO.

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO MASCULINO <input type="radio"/> 1 FEMENINO <input type="radio"/> 2 INDETERMINADO <input type="radio"/> 3	2. EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	3. PESO (GRAMOS)	4. DE UN EMBARAZO UNICO <input type="radio"/> 1 GEMELAR <input type="radio"/> 2 3 Y MAS <input type="radio"/> 3	5. RECIBIO ATENCION PRENATAL SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2	D1	9		
	6. ESTE EMBARAZO FUE: NORMAL <input type="radio"/> 1 COMPLICADO <input type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: ANTES DEL PARTO <input type="radio"/> 1 DURANTE EL PARTO <input type="radio"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSION O EXTRACCION: DIA MES AÑO HORA				D2	10	
	9. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA EXPULSION O EXTRACCION: CALLE, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD 9.2. MUNICIPIO O DELEGACION 9.1. ENTIDAD FEDERATIVA						D3	11	
	10. SITIO UNIDAD MEDICA <input type="radio"/> 1 HOGAR <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3	10.1 ¿QUIEN ATENDIO LA EXPULSION O EXTRACCION? MEDICO <input type="radio"/> 1 ENFERMERA TITULADA <input type="radio"/> 2 EMPIRICA <input type="radio"/> 3 OTRO <input type="radio"/> 4					D4	12	
11. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE: ESPONTANEO <input type="radio"/> 1 PROVOCADO <input type="radio"/> 2 TERAPEUTICO <input type="radio"/> 3 SE IGNORA <input type="radio"/> 9	12. SI SE TRATA DE UN PARTO ESTE FUE: NORMAL <input type="radio"/> 1 COMPLICADO <input type="radio"/> 2 SE IGNORA <input type="radio"/> 9	13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSION O EXTRACCION CESAREA <input type="radio"/> 1 FORCEPS <input type="radio"/> 2 LEGRADO <input type="radio"/> 3 OTRO <input type="radio"/> 4 NINGUNO <input type="radio"/> 5				D5	13		
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLON (a) (b) (c)				ESPECIFIQUE SI LA CAUSA FUE: FETAL MATERNA		D6	14	
	PARTE I CONDICION FETAL O MATERNA QUE CAUSO DIRECTAMENTE LA MUERTE DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE):						D7	15	
	CONDICIONES FETALES O MTERNAS QUE ORIGINARON LA CAUSA DIRECTA (a), ANOTANDO EN ULTIMO LUGAR LA CAUSA PRIMARIA. DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE):						D8	16	
	PARTE II OTRAS CONDICIONES DEL FETO O DE LA MADRE QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADAS CON LAS CAUSAS DE a), b) ó c)						D9	17	
DATOS DE LA MADRE	15. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO			16. EDAD AÑOS			D10	18	
	17. ESTADO CIVIL SOLTERA <input type="radio"/> 1 CASADA <input type="radio"/> 2 UNION LIBRE <input type="radio"/> 3 SEPARADA <input type="radio"/> 4 DIVORCIADA <input type="radio"/> 5 VIUDA <input type="radio"/> 6 SE IGNORA <input type="radio"/> 9						D11	19	
	18. RESIDENCIA HABITUAL: (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVE LA MADRE) CALLE, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD 18.2. MUNICIPIO O DELEGACION 18.1. ENTIDAD FEDERATIVA						D12	20	
	19. OCUPACION HABITUAL: EJEMPLO: SECRETARIA, DENTISTA, HOGAR, ETC.			20. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO: 20.1 NACIDOS VIVOS (NUMERO) 20.2 NACIDOS MUERTOS (NUMERO)			D13	21	
DATOS DEL PADRE	21. ESCOLARIDAD: NINGUNA <input type="radio"/> 1 MENOS DE 3 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 2 3 A 5 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 3 PRIMARIA COMPLETA <input type="radio"/> 4 SECUNDARIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 5 PREPARATORIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 6 PROFESIONAL <input type="radio"/> 7 SE IGNORA <input type="radio"/> 9			22. DERECHO HABIENTE: NINGUNA <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 FUERZAS ARMADAS <input type="radio"/> 5 OTRA <input type="radio"/> 6 SE IGNORA <input type="radio"/> 9			D14	22	
	23. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO			24. EDAD AÑOS		25. OCUPACION HABITUAL EJEMPLO: ALBAÑIL, CARPINTERO, ETC.		D15	23
	26. CERTIFICADA POR: MEDICO TRATANTE <input type="radio"/> 1 ENFERMERA <input type="radio"/> 2 MEDICO LEGISTA <input type="radio"/> 3 OTRO MEDICO <input type="radio"/> 4 NO MEDICO <input type="radio"/> 5				26.1 SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO: CEDULA DE LA D.G.P. NUM.			D16	24
	26.2 SI EL CERTIFICANTE NO ES MEDICO INDIQUE: PERSONA AUTORIZADA POR LA SSA <input type="radio"/> 1 AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3				26.3 NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICANTE			D17	25
DATOS DEL CERTIFICANTE	26.4 DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE						D18	26	
	27. NOMBRE DEL INFORMANTE			27.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO			D19	27	
DATOS DEL REGISTRO CIVIL	28. LA MUERTE FETAL FUE INSCRITA EN: 28.3 LOCALIDAD			28.1 OFICIALIA O JUZGADO NUM. DEL REGISTRO CIVIL			D20	28	
	28.4 MUNICIPIO O DELEGACION			28.2 FECHA DE REGISTRO DIA MES AÑO			D21	29	
	28.5 ENTIDAD FEDERATIVA						D22	30	
							D23	31	

DISTRIBUCION GRATUITA

INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFUNCION FETAL: Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo. La defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra algún signo de vida, tales como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos involuntarios.

INSTRUCCIONES GENERALES

- El certificado de muerte fetal debe ser expedido por médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por el INEGI o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la muerte fetal.
- Para el llenado de este certificado, auxilíese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Utilice letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.
- Marque con X sobre el círculo correspondiente a cada respuesta.
- Marque una sola opción, excepto en Derechohabiente (22) donde puede marcar más de una respuesta. Se entiende por derechohabiente la persona que tiene derecho a recibir prestaciones en dinero o en especie de una institución de seguridad social.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos.
- Este certificado deberá llenarse en original y dos copias.

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS

2. **EDAD GESTACIONAL:** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.

EJEMPLO: Si el producto tenía 19 semanas, anote 19.

5. **ATENCION PRENATAL:** Marque si la embarazada recibió cuidados a la salud, previos al parto, ya sean por médico, partera o cualquier otro auxiliar.
6. **EMBARAZO COMPLICADO:** Se refiere a embarazos que evolucionaron con alteración en la salud, ya sea de la madre o del producto, y que requieren de atención médica para su solución.
8. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSION O EXTRACCION:** Anote con números arábigos el año (los dos últimos dígitos), el mes, día, hora y minutos de ocurrencia. Para anotar la hora, use la escala de 01 al 24. Escriba también minutos.

EJEMPLO: Si ocurrió a las cuatro de la tarde, anote 16 hrs. 00 min.

9. **LUGAR DE OCURRENCIA:** El lugar donde sucedió la expulsión o extracción del producto; éste puede ser diferente al lugar de residencia habitual de la madre. (Ver 18).

11. **SI SE TRATA DE UN ABORTO, ESTE FUE:** Se entiende por aborto la expulsión o extracción completa del claustro materno de un feto o embrión de menos de 20 semanas de gestación, pudiendo ser:

Espontáneo: Si no se realiza alguna acción para que suceda.

Provocado: Si se realizan maniobras de cualquier clase para que suceda.

Terapéutico: Si se realiza por prescripción médica.

12. **SI SE TRATA DE UN PARTO, ESTE FUE:** Se entiende por parto la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando éste es de 20 semanas o más de gestación.

14. **CAUSAS DE LA MUERTE FETAL:** Anote una sola causa en cada renglón sin omitir marcar en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida al feto o a la madre.

PARTE I. Anote en a) la condición fetal o materna que causó la muerte directamente. Si fue debida a una causa antecedente asiente ésta en b), y si a su vez ésta fue debida u originada por una tercera, informe ésta última en c).

PARTE II. Anote aquí alguna otra enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I. a, b ó c.

EJEMPLO: I. a) Sífilis congénita

b) Sífilis materna

c)

II. Desnutrición de la madre

17. **ESTADO CIVIL:** Es la situación de las personas de 12 años y más, en relación con las leyes o costumbres matrimoniales del lugar. Por lo tanto se incluye tanto situaciones de derecho como de hecho.

18. **RESIDENCIA HABITUAL:** Escriba el lugar donde tuvo su domicilio de manera permanente la madre durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización; en el rubro de Localidad señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene, ejemplo: Rancho La Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la Residencia Habitual corresponde a un país diferente a México, anote en Entidad Federativa el nombre de éste.

19. **OCUPACION:** Anote el oficio o trabajo que desempeña habitualmente la madre, precisando lo que hace en su trabajo; si no trabaja mencione a que se dedica. Ejemplo: el hogar, estudiante, rentista, jubilada.

20. **EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO:** Del total de embarazos tenidos por la madre anote cuántos hijos nacieron vivos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no, y cuántos nacieron muertos.

21. **ESCOLARIDAD:** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados.

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO CIVIL

Anote en el espacio correspondiente los datos que se solicitan, relativos al registro de la muerte fetal. Señor Juez u Oficial del Registro Civil, envíe las copias del Certificado, según se señala en cada una de ellas.

**EVITE RECLAMACIONES POSTERIORES, LLENE EL PRESENTE DOCUMENTO
CADA VEZ QUE REALICE UN ENVIO DE FORMATOS EN BLANCO**

ATIENDA LAS INSTRUCCIONES QUE SE PRESENTAN A CONTINUACION

FOLIO. Asigne un número de folio en orden progresivo, empezando con el número uno al inicio del año para su control.

DIA. Anote con números arábigos la fecha del envío de los formatos en blanco, ejemplo: 01, 02,...31.

MES. Escriba con números arábigos el mes correspondiente, ejemplo 01, 02,... 12.

AÑO. Anote con números árabigos el año en curso, ejemplo: 84, 85,...

DIRIGIDO AL C. Anote el nombre completo de la persona a quien se envían los formatos en blanco, el nombre de la fuente informativa a donde van dirigidos y el domicilio completo de donde se ubica la fuente, el nombre de la calle, el número interior y/o exterior, en caso de haberlos, localidad, municipio, ciudad, código postal, entidad federativa y teléfono de la fuente informativa.

REMITE EL AREA ESTATAL DE ESTADISTICAS CONTINUAS EN EL ESTADO DE. Anote la entidad federativa que envía los formatos en blanco y el domicilio completo, el nombre de la calle, el número interior y/o exterior, en caso de haberlos, colonia, código postal, ciudad y teléfono del Area Estatal de Estadísticas Continuas.

CLAVE. Anote los dos últimos dígitos de la clave del formato en blanco, ejemplo: 13, 14,...la cual aparece en la parte superior derecha del formato estadístico.

NOMBRE. Anote el nombre del formato, a continuación de su clave el cual aparece en la parte superior y central del formato estadístico.

CANTIDAD. Anote la cantidad de cada uno de los formatos en blanco que envía.

TOTAL. Anote al final de la columna la cantidad total de los formatos en blanco que envía.

OBSERVACIONES. (Para ser llenado por la fuente informativa). Verifique las claves, nombres, cantidades de los formatos en blanco recibidos contra los escritos en la remisión y si existen diferencias o aclaraciones anótelas en el recuadro.

SIRVASE REMITIR COPIA DEL ACUSE CON FIRMA Y SELLO. Anote el sello, el nombre y la firma de la persona que recibe en la fuente informativa los formatos en blanco en original y copias.

ATENTAMENTE. Anote en el original y las dos copias el nombre y la firma de la persona que realiza el envío de los formatos en blanco.

UTILICE TANTOS ORIGINALES COMO NECESITE PARA ENVIAR LOS FORMATOS EN BLANCO Y RECUERDE QUE DEBE SOLICITAR A LA FUENTE INFORMATIVA UNA COPIA CON ACUSE DE RECIBIDO DE ESTA REMISION, DADO QUE ESTA SERA EL COMPROBANTE DE HABER ENTREGADO LOS FORMATOS EN BLANCO.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

GENERALES:

- Las áreas sombreadas son para uso exclusivo del INEGI.
- Llène este formato en original y tres copias.
- Utilice un formato para cada estadística, mes y año a que corresponda la información.
- Anote todos los datos solicitados en forma completa y legible.

ESPECIFICAS:

DIRIGIDO A: • Anote todos los datos de ubicación del Area Estatal en forma completa y legible.

REMITE: • Anote todos los datos de ubicación de la fuente informante en forma completa y legible.

EL REMITENTE: • Anote el nombre y firma con el sello respectivo, así como la fecha de envío.

IDENTIFICACION

DEL ENVIO:

• Clave de la fuente: los dos primeros espacios son para anotar el subsistema estadístico ya sea población, cultura, etc., los dos siguientes son para la clave de la entidad federativa, los tres que le siguen son para el municipio y los últimos cuatro son para anotar el número consecutivo de la fuente. Esta clave la proporcionará el INEGI a la fuente informante.

• Estadística y Clave: Anote el nombre completo de la estadística que se reporta en el formato y la clave que le corresponde, esta se localiza a un lado del nombre de la estadística en el recuadro inferior del formato. Ejemplo: Solución de huelgas (033).

• Mes: Anote el número del mes al que corresponde la información.

• Año: Anote el año al que corresponde la información.

• Anote el total de formatos reportados en el espacio que corresponda; para las estadísticas de población (01) utilice los de actas, certificados o cuadernos y para las estadísticas sociales (03), (04), (07), (09) utilice el de boletas.

• Actas del Núm. _____ al Núm. _____ : Si reporta actas anote en el renglón los números correspondientes a la primera y última actas. Ejemplo: Total de actas entregadas 50, del Núm. 11 al Núm. 60

• Actas Canceladas: En caso de existir actas canceladas anote el número de cada una.

CASOS

ENTREGADOS:

• Anote el total de casos entregados según la estadística y el subsistema al que pertenezca. Para identificar el subsistema auxíliese del cuadro que aparece en la parte inferior del formato.

OBSERVACIONES: • Anote en este espacio los comentarios o indicaciones que considere importantes para el INEGI.

OBSERVACIONES: (anote el nombre del área que hace la observación)

PARA USO EXCLUSIVO DEL INEGI

AVANCE EN EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

ETAPA	PROCESO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FECHA			DIFERENCIAS		
			DIA	MES	AÑO	TOTAL	CANCELADOS	FALTANTES
LOTIFICACION	LOTIFICO							
	SUPERVISO							
CRITICA Y CODIFICACION GENERAL	CRITICO							
	SUPERVISO							
CODIFICACION GEOGRAFICA	CODIFICO							
	SUPERVISO							
CODIFICACION CAUSA DE MUERTE	CODIFICO							
	SUPERVISO							
FOLIACION	FOLIO							
ENTREGA A CAPTURA	ENTREGO							



**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
GEOGRAFIA E INFORMATICA**

**REMISION DE PAQUETERIA CON
INFORMACION ESTADISTICA DEL AREA
ESTATAL A LA DIRECCION REGIONAL**

PEC-6-63

No. DE REMISION

DIA

MES

AÑO

DESTINATARIO

C. _____
JEFE DE LA OFICINA REGIONAL DE ESTADISTICAS
CONTINUAS
CALLE _____
COLONIA _____
CIUDAD _____
ESTADO _____ C.P. _____

REMITENTE

_____ EN _____
CALLE _____
COLONIA _____
CIUDAD _____
C.P. _____ TEL. _____

ENVIAMOS A USTED LA DOCUMENTACION CON INFORMACION ESTADISTICA CONFORMADA EN LOS PAQUETES QUE EN EL SIGUIENTE CUADRO SE DETALLAN

PAQUETE No.	BOLSAS		PAQUETE No.	BOLSAS	
	DEL No.	AL No.		DEL No.	AL No.

SI EXISTEN DIFERENCIAS ANOTE LAS OBSERVACIONES EN LA COPIA DEL ACUSE

OBSERVACIONES: _____

SIRVASE REMITIR AL AREA ESTATAL COPIA
DEL ACUSE CON FIRMA Y SELLO

SE RECIBIO LA REMISION COMPLETA
SI NO

NOMBRE Y FIRMA

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA

EVITE RECLAMACIONES POSTERIORES LLENE EL PRESENTE FORMATO CADA VEZ QUE EFECTUE UN ENVIO DE PAQUETERIA



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA

REMISION DE PAQUETERIA CON INFORMACION ESTADISTICA DEL AREA ESTATAL A LA DIRECCION REGIONAL

REC-6-63

No. DE REMISION 3

03 04 85
DIA MES AÑO

NUMERO DE REMISION. Anote el número consecutivo que le corresponda a la remisión.

DIA, MES, AÑO. Anote con números arábigos la fecha en que efectúe el envío.

DESTINATARIO

C. PERLA DELGADO DÁVILA
JEFE DE LA OFICINA REGIONAL DE ESTADISTICAS CONTINUAS

CALLE HIDALGO ORIENTE 1225

COLONIA CENTRO

CIUDAD TOLUCA

ESTADO MÉXICO C.P. 50000

REMITENTE

CONCEPCIÓN LÓPEZ DE ORTEGA

EN GUERRERO

CALLE AV. GUERRERO ESQ. GALA S.

COLONIA CENTRO

CIUDAD CHILPANCIÑO

C.P. 39009 TEL. 77741

DESTINATARIO Y REMITENTE. Anote en forma legible y completa los conceptos que se indican en cada apartado.

PAQUETE No.	BOLSAS		PAQUETE No.	BOLSAS	
	DEL No.	AL No.		DEL No.	AL No.
<u>1</u>	<u>0</u>	<u>18</u>			
<u>2</u>	<u>19</u>	<u>40</u>			
<u>3</u>	<u>41</u>	<u>60</u>			

PAQUETE NUMERO. Anote el número progresivo de cada paquete que se envía.

BOLSAS. Anote los números inicial y final de las bolsas que contiene cada paquete.

SI EXISTEN DIFERENCIAS ANOTE LAS OBSERVACIONES EN LA COPIA DEL ACUSE

OBSERVACIONES: _____

OBSERVACIONES. Anote las diferencias existentes en el envío.

SIRVASE REMITIR AL AREA ESTATAL COPIA DEL ACUSE CON FIRMA Y SELLO

SE RECIBIO LA REMISION COMPLETA
SI NO

NOMBRE Y FIRMA

ATENTAMENTE

Concepción López de Ortega

CONCEPCIÓN LÓPEZ DE ORTEGA
NOMBRE Y FIRMA

ACUSE. Llene, Firme y Selle al recibir el envío.

ATENTAMENTE. Anote el nombre de la persona responsable del envío y firme en el original y las dos copias.

NOTA: Para el llenado de este formato, consulte el "Instructivo para el Llenado del Formato Actualización al Directorio de Fuentes Informantes (PEC-6-65)".

TIPO DE MOVIMIENTO

ALTA <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO DE OPERACIONES: (sólo para altas)	FECHA EN QUE PROCEDE:	EN CASO DE BAJA TEMPORAL ANOTE FECHA PROBABLE DE REINICIO:
CAMBIO <input type="checkbox"/>	DIA <input type="text"/>	DIA <input type="text"/>	DIA <input type="text"/>
BAJA TEMPORAL <input type="checkbox"/>	MES <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	MES <input type="text"/>
BAJA DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	AÑO <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>

DATOS DE LA FUENTE

CLAVE

NOMBRE

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

RESPONSABLE

INSTITUCION O DEPENDENCIA DE ADSCRIPCION

DOMICILIO calle número colonia

LOCALIDAD

MUNICIPIO C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

TELEFONO(S) EXTENSION(ES)

ESTADISTICAS QUE REPORTA (Marque con una "X")

PEC-6-13 <input type="checkbox"/>	PEC-6-14 <input type="checkbox"/>	PEC-6-15 <input type="checkbox"/>	PEC-6-16 <input type="checkbox"/>	PEC-6-17 <input type="checkbox"/>	PEC-6-20 <input type="checkbox"/>	PEC-6-23 <input type="checkbox"/>	PEC-6-24 <input type="checkbox"/>	PEC-6-27 <input type="checkbox"/>	PEC-6-28 <input type="checkbox"/>
PEC-6-29 <input type="checkbox"/>	PEC-6-30 <input type="checkbox"/>	PEC-6-31 <input type="checkbox"/>	PEC-6-32 <input type="checkbox"/>	PEC-6-33 <input type="checkbox"/>	PEC-6-341 <input type="checkbox"/>	PEC-6-342 <input type="checkbox"/>	PEC-6-351 <input type="checkbox"/>	PEC-6-352 <input type="checkbox"/>	PEC-6-36 <input type="checkbox"/>
PEC-6-58 <input type="checkbox"/>	PEC-6-59 <input type="checkbox"/>	PEC-6-590 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN PARA CONTROL INTERNO

ELABORO		AUTORIZO		CAPTURO	
<input type="text"/>					
Nombre y firma	Fecha	Nombre y firma	Fecha	Nombre y firma	Fecha

INSTRUCCIONES DE LLENADO

GENERALES:

- Llene este formato en original.
- Utilice un formato por entidad, periodo estadístico, subsistema y etapa de tratamiento.

ESPECIFICAS:

DATOS DE IDENTIFICACION

DIRECCION REGIONAL

- Anote la clave de identificación de la dirección regional de acuerdo al siguiente cuadro:

CLAVE	DIRECCION REGIONAL
01	Centro
02	Centro norte
03	Centro sur
04	Noreste
05	Noroeste
06	Norte
07	Occidente
08	Oriente
09	Sur
10	Sureste

ENTIDAD FEDERATIVA

- Anote la clave de identificación según el código asignado en el SISEDES.

PERIODO ESTADISTICO

- Anote los dos últimos dígitos del año estadístico al que corresponda la información.

CLAVE DEL SUBSISTEMA

- Anote la clave del subsistema en el cual se harán las actualizaciones.

ETAPA DEL TRATAMIENTO

- Anote el nombre completo de la etapa en que va a capturar las actualizaciones.

MOVIMIENTO

CLAVE DE LA ESTADISTICA

- Anote la clave de la estadística en la cual se este efectuando la actualización.

INSTRUMENTO DE CAPTACION Y FOLIO

- Anote en el primer campo la clave del instrumento de captación en el que se vaya a realizar el movimiento y en los cuatro campos restantes el número asignado a la PEC-6-62 que se va a modificar.

CLAVE	INSTRUMENTO DE CAPTACION
A	Acta
E	Certificado
C	Cuaderno
B	Boleta

TIPO DE MOVIMIENTO

- Anote la clave del movimiento a realizar según las claves siguientes:

CLAVE	MOVIMIENTO
C	Cancelar
I	Incorporar información

EN FORMATOS

- Si se van a cancelar o incorporar instrumentos de captación, anote el número.

EN VARIABLES BASICAS

- Si se van a cancelar o incorporar casos anote el número en la columna que corresponda según las variables del subsistema estadístico. Si este espacio del formato PEC-6-62 no sufre cambios, deje todos los campos en blanco.

TRASLADOS

- En caso de existir traslados en la estadística 015, anote la cantidad.

RESPONSABLE DE LA ETAPA

- Anote el nombre completo de la persona responsable de la etapa, así como la fecha en que lo hizo.

CAPTURO

- Anote el nombre completo de la persona que capturó los datos que contiene este formato, así como la fecha en que lo hizo.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

GENERALES:

- Llene este formato en original.
- Utilice un formato por entidad federativa y periodo estadístico.

ESPECIFICAS:

DATOS DE IDENTIFICACION

DIRECCION REGIONAL

-Anote la clave de identificación de la dirección regional de acuerdo al siguiente cuadro:

CLAVE	DIRECCION REGIONAL
0 1	Centro
0 2	Centro norte
0 3	Centro sur
0 4	Noreste
0 5	Noroeste
0 6	Norte
0 7	Occidente
0 8	Oriente
0 9	Sur
1 0	Sureste

ENTIDAD FEDERATIVA

-Anote la clave de identificación según el código asignado en el SISEDES.

PERIODO ESTADISTICO

-Anote los dos últimos dígitos del año estadístico al que corresponda la información.

AVANCES

CLAVE DEL SUBSISTEMA

-Anote la clave que identifica el subsistema en el cual se capturaran los avances.

INSTRUMENTO DE CAPTACION Y ESTADISTICA

-Anote en el primer campo la clave del instrumento de captación en el cual se esté efectuando la actualización y en los tres campos restantes la clave de la estadística.

FOLIO PRIMERA ETAPA

-Anote el folio de la última forma PEC-6-62 a la cual se le dió tratamiento de lotificación.

FOLIO SEGUNDA ETAPA

-Anote el folio de la última forma PEC-6-62 a la cual se le dió tratamiento de crítica codificación general y geografica.

FOLIO TERCERA ETAPA

-Anote el folio de la última forma PEC-6-62 a la cual se le dió tratamiento de crítica codificación especial, ejemplo; codificación causa de muerte.

FOLIO CUARTA ETAPA

-Anote el folio de la última forma PEC-6-62 a la cual se le dió tratamiento de foliación.

FOLIO QUINTA ETAPA

-Anote el folio de la última forma PEC-6-62 a la cual se le dió tratamiento de entrega a captura.

NOTA: El ejemplo anterior de folios por etapa, toma como referencia las etapas de tratamiento por las que pasan algunas de las estadísticas del subsistema POBLACION (01), para los demás subsistemas pueden ser diferentes los nombres de sus etapas de tratamiento.

RESPONSABLE

-Anote el nombre completo de la persona responsable de coordinar el control de avance así como la fecha en que lo hizo.

CAPTURO

-Anote el nombre completo de la persona que capturó los datos que contiene el formato, así como la fecha en que lo hizo.

1	PEC - 6 - 15
2	FOLIO DE CAPTURA (NO SE LLENE)

ESTADÍSTICA DE DEFUNCIONES

UBICACION GEOGRAFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____

MUNICIPIO O DELEGACION _____

AGENCIA DEL MINISTERIO PUBLICO NUM. _____

3 CLAVE 0 1

INFORMACION A LA QUE SE REFIERE EL CUADERNO

NUMERO DE CERTIFICADOS CANCELADOS _____

NUMERO _____

4 MES _____

AÑO _____

5 TOTAL DE FORMAS ESTADISTICAS LLENAS _____

DISPOSICIONES DE LA LEY DE INFORMACION ESTADISTICA Y GEOGRAFICA

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Información Estadística y Geográfica:

- Es *Obligatorio* dar la información solicitada en el presente cuestionario.
- ARTICULO 42.- Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas...
- La falsedad en las respuestas al presente cuestionario es una infracción a la Ley de la materia y dará lugar a la aplicación de sanciones.
- ARTICULO 48.- Cometan infracciones a lo dispuesto por esta Ley, quienes en calidad de informantes:
 - I... ..
 - II.- Suministren datos falsos, incompletos o incongruentes.
 - III a VI... ..
- ARTICULO 51.- La Comisión de cualesquiera de las infracciones a que se refieren los artículos 48, 49 y 50 dará lugar a que la Secretaría aplique sanciones administrativas, que consistirán en multa desde una hasta setecientas cincuenta veces el salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal en el momento de la comisión de la infracción...
- El informante puede pedir la rectificación de la información proporcionada.
- ARTICULO 37.- Los informantes, en su caso, podrán exigir que sean rectificadas los datos que le les conciernan, al demostrar que son inexactos, incompletos, equívocos u obsoletos, y denunciar ante las autoridades administrativas y judiciales todo hecho o circunstancia que demuestre que se ha desconocido el principio de confidencialidad de los datos o la reserva establecida por disposición expresa, en el ejercicio de las facultades que ésta Ley confiere a las unidades que integran los sistemas nacionales...
- La información proporcionada será utilizada conforme al principio de confidencialidad.
- ARTICULO 38.- Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados, para efectos de ésta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él...
- El plazo para proporcionar la información solicitada en el presente cuestionario es de **10 días** a partir del cierre del mes a que corresponda la información.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LAS FORMAS ESTADISTICAS DE DEFUNCIONES

INSTRUCCIONES GENERALES

- **Lea cuidadosamente este instructivo** antes de iniciar el llenado de las formas estadísticas.
- Llene las formas estadísticas **de manera simultánea** al levantamiento del certificado.
- Utilice de preferencia letra de molde clara y legible en el llenado de las formas.
- Anote en el espacio correspondiente los datos requeridos, **marque una sola opción**.
- Al registrar los datos **no abrevie**.
- **No llene** los espacios sombreados que corresponden a **clave**.
- En el caso de **certificados cancelados**, anote en la portada, el (los) número (s) faltante (s).

DATOS DEL LIBRO	FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA	1 FECHA DE REGISTRO DIA MES AÑO	2 NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P.	
DATOS DEL FALLECIDO	3 • SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> 1 / MUJER <input type="radio"/> 2	4 EDAD: AÑOS MESES DE UN AÑO / SEPARADO DE UN MES / CASADO UNIÓN LIBRE	5 • ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="radio"/> 1 / SEPARADO <input type="radio"/> 4 / DIVORCIADO <input type="radio"/> 5 / VIUDO <input type="radio"/> 6 / SE IGNORA <input type="radio"/> 7	6 RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD FEDERATIVA MUNICIPIO O DELEGACION LOCALIDAD
DATOS DE LA DEFUNCION	7 FECHA DE LA DEFUNCION: DIA MES AÑO	8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION: ENTIDAD FEDERATIVA MUNICIPIO O DELEGACION	9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION: SI <input type="radio"/> 1 / * JOVEN LA CERTIFICÓ UN MEDICO <input type="radio"/> 1 / NO <input type="radio"/> 2	CLAVE
DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES	10 CAUSAS DE LA DEFUNCION			
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO	11 ACCIDENTE: SUICIDIO <input type="radio"/> 3 / SI <input type="radio"/> 4 / NO <input type="radio"/> 2			
	12 LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESION: SUICIDIO <input type="radio"/> 3 / SUICIDIO EN EL HOGAR <input type="radio"/> 1 / SUICIDIO EN LA VÍA PÚBLICA <input type="radio"/> 4			
	13 EDUCACION: ESCOLARIDAD <input type="radio"/> 0 / PRIMARIA <input type="radio"/> 1 / SECUNDARIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 7 / PROFESIONAL <input type="radio"/> 9 / OTRA PERSONA <input type="radio"/> 2			
	14 CONDICION DE ACTIVIDAD: SIN TRABAJAR <input type="radio"/> 0 / TRABAJABA <input type="radio"/> 1 / EMPLEADO <input type="radio"/> 1 / OBRERO O PEON <input type="radio"/> 2 / PATRON O EMPLEADOR <input type="radio"/> 3 / TRABAJADOR NO REMUNERADO <input type="radio"/> 4 / TRABAJADOR REMUNERADO <input type="radio"/> 5 / SE IGNORA <input type="radio"/> 6 / SE IGNORA <input type="radio"/> 7			

No llene los espacios sombreados que corresponden a **clave**.

Anote en el espacio correspondiente los datos requeridos, **marque una sola opción**.

LAS INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS CONTINUAN EN LA ÚLTIMA HOJA →

DATOS DEL LIBRO

FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA _____

1 _____

2 _____

NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P. _____

FECHA DE REGISTRO: DIA _____ MES _____ AÑO _____

DATOS DEL FALLECIDO

3 * SEXO: HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 0

4 EDAD: AÑOS _____ SI ES MENOR DE UN AÑO MESES _____ SI ES MENOR DE UN MES DIAS _____ SI ES MENOR DE UN DIA HORAS _____ SE IGNORA 7

5 * ESTADO CIVIL: SOLTERO 1 CASADO 2 SEPARADO 4 DIVORCIADO 5 VIUDO 6

6 RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ LOCALIDAD _____

CLAVE _____

DATOS DE LA DEFUNCION

7 FECHA DE LA DEFUNCION: DIA _____ MES _____ AÑO _____

8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____

9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION: SI 1 * ¿QUIEN LA CERTIFICÓ? UN MEDICO 1 OTRA PERSONA 2

MARQUE CON "X" SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA NO 2

10 CAUSAS DE LA DEFUNCION

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

A ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE

B ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE

C OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE

OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11 * ACCIDENTE 1 HOMICIDIO 2 SUICIDIO 3 SE IGNORA 4

12 AGENTE EXTERNO QUE LO PRODUJO: TRABAJO 2 VIA PUBLICA 3 OTRO 4

13 LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION * QUE PRODUJO LA MUERTE: HOGAR 1

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14 * ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD 0 TRABAJABA 1

15 * CONDICION DE ACTIVIDAD: NO TRABAJABA 2

16 * POSICION EN EL TRABAJO: (POLO O TRABAJABA) EMPLEADO 1 OBRERO O PEON 2 PATRON O EMPRESARIO 3

MEMBRO DE UNA COOPERATIVA DE PRODUCCION 4 TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA 5 TRABAJADOR NO REMUNERADO 6 SE IGNORA 7

PREPARATORIA O EQUIVALENTE 8 PROFESIONAL 9 SE IGNORA 10

DATOS DEL LIBRO

FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA _____

1 FECHA DE REGISTRO

_____/_____/_____
DIA MES AÑO

2 NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P. _____

DATOS DEL FALLECIDO

3 * SEXO:

HOMBRE 1

MUJER 2

SE IGNORA 0

4 EDAD:

SI ES MENOR DE UN AÑO _____ MESES _____

SI ES MENOR DE UN MES _____ DIAS _____

SI ES MENOR DE UN DIA _____ HORAS _____

5 * ESTADO CIVIL:

SOLTERO 1

CASADO 2

UNION LIBRE 3

SEPARADO 4

DIVORCIADO 5

VIUDO 6

SE IGNORA 7

6 RESIDENCIA HABITUAL:

ENTIDAD FEDERATIVA _____

MUNICIPIO O DELEGACION _____

LOCALIDAD _____

CLAVE _____

DATOS DE LA DEFUNCION

7 FECHA DE LA DEFUNCION:

_____/_____/_____
DIA MES AÑO

8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION:

ENTIDAD FEDERATIVA _____

MUNICIPIO O DELEGACION _____

9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION:

MARQUE CON 'X' SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA

SI 1 * ¿QUIEN LA CERTIFICO?

NO 2

UN MEDICO 1

OTRA PERSONA 2

10

CAUSAS DE LA DEFUNCION

A ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE

B ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE

C OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE

OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA

PARTE II

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11 * ACCIDENTE

HOMICIDIO 2

SUICIDIO 3

SE IGNORA 4

AGENTE EXTERNO QUE LO PRODUJO: _____

TRABAJO 2

VIA PUBLICA 3

OTRO 4

13 * LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE:

SIN ESCOLARIDAD 0

PRIMARIA 1

SECUNDARIA O EQUIVALENTE 7

PREPARATORIA O EQUIVALENTE 8

PROFESIONAL 9

SE IGNORA 10

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14 * ESCOLARIDAD

TRABAJABA 1

NO TRABAJABA 2

OBRAERO O PEON 2

PATRON O EMPRESARIO 3

MIEMBRO DE UNA COOPERATIVA DE PRODUCCION 4

TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA 5

TRABAJADOR NO REMUNERADO 6

SE IGNORA 7

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

DATOS DEL LIBRO

FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA: _____

1 FECHA DE REGISTRO: DIA _____ MES _____ AÑO _____

2 NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P.: _____

DATOS DEL FALLECIDO

3 * SEXO: HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 0

4 EDAD: AÑOS _____ SI ES MENOR DE UN AÑO _____ MESES _____ SI ES MENOR DE UN MES _____ DIAS _____ SI ES MENOR DE UN DIA _____ HORAS _____ SE IGNORA 7

5 * ESTADO CIVIL: SOLTERO 1 CASADO 2 SEPARADO 4 VIUDO 6 DIVORCIADO 5

6 RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ LOCALIDAD _____ CLAVE _____

DATOS DE LA DEFUNCION

7 FECHA DE LA DEFUNCION: DIA _____ MES _____ AÑO _____

8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ CLAVE _____

9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION: MARQUE CON 'X' SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA

SI 1 * ¿QUIEN LA CERTIFICO? UN MEDICO 1 OTRA PERSONA 2

NO 0

10 CAUSAS DE LA DEFUNCION

ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE

A _____

B ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE

C OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE

OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA

PARTE II

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11 * ACCIDENTE HOMICIDIO SUICIDIO SE IGNORA

1 2 3 4

12 AGENTE EXTERNO QUE LO PRODUJO: TRABAJO 2 VIA PUBLICA 3 OTRO 4

13 LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE: HOGAR 1

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14 * ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD 0 PRIMARIA 7 SECUNDARIA O EQUIVALENTE 8 PREPARATORIA O EQUIVALENTE 9 PROFESIONAL 10

15 * CONDICION DE ACTIVIDAD: TRABAJABA 1 NO TRABAJABA 2

16 * POSICION EN EL TRABAJO: EMPLEADO 1 OBRERO O PEON 2 PATRON O EMPRESARIO 3 MIEMBRO DE UNA COOPERATIVA DE PRODUCCION 4 TRABAJADOR PROPIA 5 TRABAJADOR NO REMUNERADO 6 SE IGNORA 7

NOTA: * MARQUE CON 'X'

DATOS DEL LIBRO	FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA _____	1	FECHA DE REGISTRO	DIA _____ MES _____ AÑO _____	2	NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P. _____		
DATOS DEL FALLECIDO	3 * SEXO:	HOMBRE <input type="radio"/> 1	MUJER <input type="radio"/> 2	SE IGNORA <input type="radio"/> 0				
	4 EDAD:	AÑOS _____	SI ES MENOR DE UN AÑO _____	MESES _____	SI ES MENOR DE UN MES _____	HORAS _____		
	5 * ESTADO CIVIL:	SOLTERO <input type="radio"/> 1	CASADO <input type="radio"/> 2	UNION LIBRE <input type="radio"/> 3	SEPARADO <input type="radio"/> 4	DIVORCIADO <input type="radio"/> 5	VILUDO <input type="radio"/> 6	SE IGNORA <input type="radio"/> 7
	6 RESIDENCIA HABITUAL:	ENTIDAD FEDERATIVA _____						
	MUNICIPIO O DELEGACION _____							
	LOCALIDAD _____							
DATOS DE LA DEFUNCION	7 FECHA DE LA DEFUNCION:	DIA _____	MES _____	AÑO _____	CLAVE _____			
	8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION:	ENTIDAD FEDERATIVA _____						
	9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION:	MUNICIPIO O DELEGACION _____						
DATOS DE LA DEFUNCION	CAUSAS DE LA DEFUNCION							
	PART I	A ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE						
	B	ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE						
	C	OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE						
PARTE II	OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA							
DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES	11 *	ACCIDENTE <input type="radio"/> 1	HOMICIDIO <input type="radio"/> 2	SUICIDIO <input type="radio"/> 3	SE IGNORA <input type="radio"/> 4	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE		
	13 *	LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE:		HOGAR <input type="radio"/> 1	TRABAJO <input type="radio"/> 2	VIA PUBLICA <input type="radio"/> 3	OTRO <input type="radio"/> 4	
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO	14 *	ESCOLARIDAD	SIN ESCOLARIDAD <input type="radio"/> 0	PRIMARIA <input type="radio"/> 1	SECUNDARIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 2	PREPARATORIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 3	PROFESIONAL <input type="radio"/> 4	
	15 *	CONDICION DE ACTIVIDAD:	TRABAJABA <input type="radio"/> 1	NO TRABAJABA <input type="radio"/> 2	SE IGNORA <input type="radio"/> 0			
	16 *	POSICION EN EL TRABAJO: (SOLAMENTE TRABAJABA)	EMPLEADO <input type="radio"/> 1	OBRAERO O PEON <input type="radio"/> 2	PATRONO EMPRESARIO <input type="radio"/> 3	MIEMBRO DE UNA COMUNITA DE PRODUCCION <input type="radio"/> 4	TRABAJADOR PROPIA <input type="radio"/> 5	TRABAJADOR NO REMUNERADO <input type="radio"/> 6

NOTA: * MARQUE CON "X"

DATOS DEL LIBRO

FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA _____

1 _____

FECHA DE REGISTRO _____

2 _____

NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P. _____

DIA _____ MES _____ AÑO _____

DATOS DEL FALLECIDO

3 * SEXO: HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 0

4 EDAD: AÑOS _____ MESES _____ UNION LIBRE 3 CASADO 2 SE SEPARADO 4 DIVORCIADO 5 VIUDO 6 SI ES MENOR DE UN AÑO 7 SI ES MENOR DE UN MES 8 SI ES MENOR DE UN DIA 9 SE IGNORA 0 HORAS _____

5 * ESTADO CIVIL: SOLTERO 1 CASADO 2 SEPARADO 3 DIVORCIADO 4 VIUDO 5 SE IGNORA 6

6 RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ LOCALIDAD _____ CLAVE _____

DATOS DE LA DEFUNCION

7 FECHA DE LA DEFUNCION: DIA _____ MES _____ AÑO _____

8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ CLAVE _____

9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION: SI 1 * ¿QUIEN LA CERTIFICÓ? UN MEDICO 1 OTRA PERSONA 2 NO 0

MARQUE CON 'X' SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA

CAUSAS DE LA DEFUNCION

10 CAUSAS DE LA DEFUNCION

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

A ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE _____

B ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE _____

C OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE _____

PARTE II OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA _____

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11 * ACCIDENTE 1 SUICIDIO 3 HOMICIDIO 2 SE IGNORA 4

12 AGENTE EXTERNO QUE LO PRODUJO: TRABAJO 0 VIA PUBLICA 3 OTRO 4

13 LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE: HOGAR 0

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14 * ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD 0 ESCOLARIDAD PRIMARIA 1 SECUNDARIA O EQUIVALENTE 7 PREPARATORIA O EQUIVALENTE 8 PROFESIONAL 9 SE IGNORA 10

15 * CONDICION DE ACTIVIDAD: TRABAJABA 0 NO TRABAJABA 1

16 * POSICION EN EL TRABAJO: EMPLEADO 1 OBRERO O PEON 2 PATRON O EMPRESARIO 3 TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA 4 TRABAJADOR REMUNERADO 6 SE IGNORA 7

NOTA: * MARQUE CON 'X'

DATOS DEL LIBRO

FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA: _____

FECHA DE REGISTRO: DIA _____ MES _____ AÑO _____

NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P.: **2**

DATOS DEL FALLECIDO

3 * SEXO: HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 0

4 EDAD: AÑOS _____ MESES _____ SI ES MENOR DE UN AÑO 1 SI ES MENOR DE UN MES 2 SI ES MENOR DE UN DIA 3 DIVORCIADO 4 VIUDO 5 SE IGNORA 6 HORAS _____ SE IGNORA 7

5 * ESTADO CIVIL: SOLTERO 1 CASADO 2 SEPARADO 3 UNION LIBRE 4

6 RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ LOCALIDAD _____ CLAVE _____

DATOS DE LA DEFUNCION

7 FECHA DE LA DEFUNCION: DIA _____ MES _____ AÑO _____

8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ CLAVE _____

9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION: SI 1 * ¿QUIEN LA CERTIFICO? UN MEDICO 1 OTRA PERSONA 2
 NO 2
MARQUE CON 'X' SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA

CAUSAS DE LA DEFUNCION

10 ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE: _____

ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE: _____

OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE: _____

OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA: _____

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11 * ACCIDENTE 1 HOMICIDIO 2 SUICIDIO 3 SE IGNORA 4

13 * LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE: AGENTE EXTERNO QUE LO PRODUJO: TRABAJO 2 VIA PUBLICA 3 OTRO 4
 HOGAR 1

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14 * ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD 0 ESCOLARIDAD EQUIVALENTE 7 PREPARATORIA O EQUIVALENTE 8 PROFESIONAL 9 SE IGNORA 10

15 * CONDICION DE ACTIVIDAD: TRABAJABA 1 NO TRABAJABA 2

16 * POSICION EN EL TRABAJO: EMPLEADO 1 OBRERO O PEON 2 PATRON O EMPRESARIO 3 MUEBRO DE UNA COOPERATIVA DE PRODUCCION 4 TRABAJADOR PROPIA 5 TRABAJADOR REMUNERADO 6 SE IGNORA 7

NOTA: * MARQUE CON 'X'

DATOS DEL LIBRO

FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA _____

1 FECHA DE REGISTRO _____

2 NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P. _____

_____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

DATOS DEL FALLECIDO

3 * SEXO: HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 0

4 EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ UNION LIBRE 3 CASADO 2 SEPARADO 4 DIVORCIADO 5 VIUDO 6 SE IGNORA 7

5 * ESTADO CIVIL: SOLTERO 1

6 RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ LOCALIDAD _____ CLAVE _____

DATOS DE LA DEFUNCION

7 FECHA DE LA DEFUNCION: _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ CLAVE _____

9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION: SI 1 * ¿QUIEN LA CERTIFICÓ? UN MEDICO 1 OTRA PERSONA 2
 MARQUE CON 'X' SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA NO 2

CAUSAS DE LA DEFUNCION

10 CAUSAS DE LA DEFUNCION

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

A ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE

B ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE

C OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE

PARTE II OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11 * ACCIDENTE 1 HOMICIDIO 2 SUICIDIO 3 SE IGNORA 4

12 AGENTE EXTERNO QUE LO PRODUJO: TRABAJO 2 VIA PUBLICA 3 OTRO 4

13 * LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE: HOGAR 1

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14 * ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD 0 PRIMARIA 1 SECUNDARIA O EQUIVALENTE 2 PREPARATORIA O EQUIVALENTE 3 PROFESIONAL 4 SE IGNORA 5

15 * CONDICION DE ACTIVIDAD: TRABAJABA 1 NO TRABAJABA 2

16 * POSICION EN EL TRABAJO: EMPLEADO 1 OBRERO O PEON 2 PATRON O EMPRESARIO 3 MIEMBRO DE UNA COMISION DE PRODUCCION 4 TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA 5 TRABAJADOR NO REMUNERADO 6 SE IGNORA 7

DATOS DEL LIBRO	FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA _____	FECHA DE REGISTRO DIA _____ MES _____ AÑO _____	2 NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P. _____	
DATOS DEL FALLECIDO	3 * SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> 1 MUJER <input type="radio"/> 2 SE IGNORA <input type="radio"/> 0	SI ES MENOR DE UN AÑO MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ SE IGNORA SE IGNORA SE IGNORA		
	4 EDAD: AÑOS _____ MESES _____	SI ES MENOR DE UN MES _____ DIAS _____ HORAS _____ SE IGNORA SE IGNORA SE IGNORA		
	5 * ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="radio"/> 1 CASADO <input type="radio"/> 2 SEPARADO <input type="radio"/> 4 DIVORCIADO <input type="radio"/> 5 VIUDO <input type="radio"/> 6 SE IGNORA <input type="radio"/> 7	UNION LIBRE <input type="radio"/> 3		
	6 RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ LOCALIDAD _____	CLAVE _____		
DATOS DE LA DEFUNCION	7 FECHA DE LA DEFUNCION: DIA _____ MES _____ AÑO _____			
	8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____	CLAVE _____		
	9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION: MARQUE CON "X" SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA	SI <input type="radio"/> 1 * ¿QUIEN LA CERTIFICÓ? UN MEDICO <input type="radio"/> 1 OTRA PERSONA <input type="radio"/> 2 NO <input type="radio"/> 2		
CAUSAS DE LA DEFUNCION				
PARTE I	A ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE		
	B ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE			
C OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE				
PART II OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA				
DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES	11 * ACCIDENTE	HOMICIDIO <input type="radio"/> 2 SUICIDIO <input type="radio"/> 3 SE IGNORA <input type="radio"/> 4	ABRIRTE EXTERNO QUE PRODUJO: VIA PUBLICA <input type="radio"/> 3 OTRO <input type="radio"/> 4	
	13 * LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE:	HOJAR <input type="radio"/> 1 TRABAJO <input type="radio"/> 2 VIA PUBLICA <input type="radio"/> 3		
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO	14 * ESCOLARIDAD	SIN ESCOLARIDAD <input type="radio"/> 0 PRIMARIA _____ AÑOS _____	PREPARATORIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 8 PROFESIONAL <input type="radio"/> 9 SE IGNORA <input type="radio"/> 10	
	15 * CONDICION DE ACTIVIDAD:	TRABAJABA <input type="radio"/> 1 NO TRABAJABA <input type="radio"/> 2	TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA <input type="radio"/> 5 TRABAJADOR NO REMUNERADO <input type="radio"/> 6 SE IGNORA <input type="radio"/> 7	
	16 * POSICION EN EL TRABAJO (SOLAMENTE TRABAJABA)	EMPLEADO <input type="radio"/> 1 OBRERO O PEON <input type="radio"/> 2 PATRON O EMPRESARIO <input type="radio"/> 3	MIEMBRO DE UNA COOPERATIVA DE PRODUCCION <input type="radio"/> 4	

NOTA: * MARQUE CON "X"

DATOS DEL LIBRO

FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA _____

FECHA DE REGISTRO: DIA _____ MES _____ AÑO _____

1

NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P. _____

2

DATOS DEL FALLECIDO

3 * SEXO: HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 0

4 EDAD: AÑOS _____ MESES _____ SIES MENOR DE UN AÑO 1 SIES MENOR DE UN MES 2 SIES MENOR DE UN DIA 3 SIES MENOR DE UN DIA SE IGNORA 0

5 * ESTADO CIVIL: SOLTERO 1 CASADO 2 SEPARADO 4 DIVORCIADO 5 VIUDO 6 SE IGNORA 7

6 RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ LOCALIDAD _____ CLAVE _____

DATOS DE LA DEFUNCION

7 FECHA DE LA DEFUNCION: DIA _____ MES _____ AÑO _____

8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ CLAVE _____

9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION: SI 1 * ¿QUIEN LA CERTIFICÓ? UN MEDICO 1 OTRA PERSONA 2
 MARQUE CON "X" SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA NO 0 2

CAUSAS DE LA DEFUNCION

10

PARTE I	A	ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE	12	AGENTE EXTERNO QUE LO PRODUJO:
	B	ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE	13	TRABAJO
	C	OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE		VIA PUBLICA
PARTE II		OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA		OTRO

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11 * ACCIDENTE HOMICIDIO SUICIDIO SE IGNORA

12

13 LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE: HOGAR 1 TRABAJO 2 VIA PUBLICA 3 OTRO 4

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14 * ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD 0 PRIMARIA 1 SECUNDARIA O EQUIVALENTE 7 PROFESIONAL 9 SE IGNORA 10

15 * CONDICION DE ACTIVIDAD: TRABAJABA 1 NO TRABAJABA 2

16 * POSICION EN EL TRABAJO: EMPLEADO 1 OBRERO O PEON 2 PATRONO EMPRESARIO 3 TRABAJADOR DE UNA EMPRESA PRODUCTIVA 4 TRABAJADOR PROPIA 5 TRABAJADOR NO REMUNERADO 6 SE IGNORA 7

NOTA: * MARQUE CON "X"

DATOS DEL LIBRO

FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA: _____

1 FECHA DE REGISTRO: DIA _____ MES _____ AÑO _____

2 NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P.: _____

DATOS DEL FALLECIDO

3 * SEXO: HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 0

4 EDAD: AÑOS _____ MESES _____ SIES MENOR DE UN AÑO 1 SIES MENOR DE UN MES 2 SIES MENOR DE UN DIA 3 SIES MENOR DE UN DIA 4 SIES MENOR DE UN DIA 5 SIES MENOR DE UN DIA 6 SIES MENOR DE UN DIA 7

5 * ESTADO CIVIL: SOLTERO 1 CASADO 2 SEPARADO 3 DIVORCIADO 4 VIUDO 5 SE IGNORA 6 SE IGNORA 7

6 RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ LOCALIDAD _____ CLAVE _____

DATOS DE LA DEFUNCION

7 FECHA DE LA DEFUNCION: DIA _____ MES _____ AÑO _____

8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ CLAVE _____

9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION: SI 1 * ¿JUBEN LA CERTIFICACION? UN MEDICO 1 OTRA PERSONA 2
 MARQUE CON "X" SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA NO 2

CAUSAS DE LA DEFUNCION

10 ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE: _____

ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE: _____

OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE: _____

OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA: _____

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11 * ACCIDENTE 1 HOMICIDIO 2 SUICIDIO 3 SE IGNORA 4

13 * LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE: HOGAR 1 TRABAJO 2 AGENTE EXTERNO QUE LO PRODUJO 3 VIA PUBLICA 4 OTRO 4

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14 * ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD 0 ESCOLARIDAD PRIMARIA 1 ESCOLARIDAD SECUNDARIA O EQUIVALENTE 2 ESCOLARIDAD PREPARATORIA O EQUIVALENTE 3 ESCOLARIDAD PROFESIONAL 4 SE IGNORA 5

15 * CONDICION DE ACTIVIDAD: TRABAJABA 1 NO TRABAJABA 2

16 * POSICION EN EL TRABAJO: EMPLEADO 1 OBRERO O PEON 2 PATRON O EMPRESARIO 3 TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA 4 TRABAJADOR NO REMUNERADO 5 SE IGNORA 6 SE IGNORA 7

NOTA: * MARQUE CON "X"

DATOS DEL LIBRO	FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA	FECHA DE REGISTRO	NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P.	
DATOS DEL FALLECIDO	3 * SEXO:	HOMBRE <input type="radio"/> 1	MUJER <input type="radio"/> 2	
	4 EDAD:	SI ES MENOR DE UN AÑO	SI ES MENOR DE UN MES	
	5 * ESTADO CIVIL:	SOLTERO <input type="radio"/> 1	CASADO <input type="radio"/> 2	
	6 RESIDENCIA HABITUAL:	UNION LIBRE <input type="radio"/> 3	SEPARADO <input type="radio"/> 4	DIVORCIADO <input type="radio"/> 5
		VIUDO <input type="radio"/> 6	SE IGNORA <input type="radio"/> 7	
		ENTIDAD FEDERATIVA	MUNICIPIO O DELEGACION	LOCALIDAD
DATOS DE LA DEFUNCION	7 FECHA DE LA DEFUNCION:	DIA	MES	
	8 LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION:	MUNICIPIO O DELEGACION		
	9 CERTIFICACION DE LA DEFUNCION:	MUNICIPIO O DELEGACION		
DATOS DE LA DEFUNCION	10 CAUSAS DE LA DEFUNCION	MUNICIPIO O DELEGACION		
	A ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE	MUNICIPIO O DELEGACION		
	B ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE	MUNICIPIO O DELEGACION		
	C OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE	MUNICIPIO O DELEGACION		
PARTE II	OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA			
DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES	11 * ACCIDENTE	HOMICIDIO <input type="radio"/> 2	SUICIDIO <input type="radio"/> 3	
	13 * LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE:	SE IGNORA <input type="radio"/> 4	HOGAR <input type="radio"/> 1	
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO	14 * ESCOLARIDAD:	SIN ESCOLARIDAD <input type="radio"/> 0	TRABAJABA <input type="radio"/> 1	
	15 * CONDICION DE ACTIVIDAD:	EMPLEADO <input type="radio"/> 1	EMPRESARIO <input type="radio"/> 2	
	16 * POSICION EN EL TRABAJO: (SOLAMENTE SI TRABAJABA)	PREPARATORIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 7	PROFESIONAL <input type="radio"/> 8	
		TRABAJADOR NO REMUNERADO <input type="radio"/> 9	OTRO <input type="radio"/> 10	
		MIEMBRO DE UNA COOPERATIVA DE PRODUCCION <input type="radio"/> 4	TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA <input type="radio"/> 5	
		PATRON O EMPRESARIO <input type="radio"/> 3	SE IGNORA <input type="radio"/> 6	
		NO TRABAJABA <input type="radio"/> 2	SE IGNORA <input type="radio"/> 7	

NOTA: * MARQUE CON 'X'

DATOS DEL LIBRO

FOLIO DEL CERTIFICADO DE SSA _____

1 _____

FECHA DE REGISTRO _____

2 _____

NUMERO DE ACTA DE LA A.M.P. _____

DATOS DEL FALLECIDO

3 **SEXO:** HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 0

4 **EDAD:** ANOS _____ MESES _____ DIAS _____ SI ES MENOR DE UN AÑO _____ SI ES MENOR DE UN MES _____ SI ES MENOR DE UN DIA _____ HORAS _____ SE IGNORA 7

5 **ESTADO CIVIL:** SOLTERO 1 CASADO 2 SEPARADO 4 DIVORCIADO 5 VIUDO 6

6 **RESIDENCIA HABITUAL:** ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ LOCALIDAD _____ CLAVE _____

DATOS DE LA DEFUNCION

7 **FECHA DE LA DEFUNCION:** DIA _____ MES _____ AÑO _____

8 **LUGAR GEOGRAFICO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION:** ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACION _____ CLAVE _____

9 **CERTIFICACION DE LA DEFUNCION:** MARQUE CON "X" SI LA DEFUNCION FUE O NO CERTIFICADA

SI 1 * ¿QUIEN LA CERTIFICÓ? UN MEDICO 1 OTRA PERSONA 2

NO 0

10 CAUSAS DE LA DEFUNCION

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMEZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

A	ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE	
B	ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINO LA MUERTE	
C	OTRO ESTADO PATOLOGICO ANTERIOR RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE	
PARTE II	OTROS ESTADOS PATOLOGICOS QUE NO TUVIERON RELACION CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA	

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

11 * **ACCIDENTE / HOMICIDIO** SE IGNORA 4

12 **AGENTE EXTERNO QUE LO PRODUJO:** TRABAJO 2 VIA PUBLICA 3 OTRO 4

13 **LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION QUE PRODUJO LA MUERTE:** HOGAR 1

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

14 * **ESCOLARIDAD** SIN ESCOLARIDAD 0 PRIMARIA 7 SECUNDARIA O EQUIVALENTE 8 PREPARATORIA O EQUIVALENTE 9 PROFESIONAL 10 SE IGNORA 10

15 * **CONDICION DE ACTIVIDAD:** TRABAJABA 1 NO TRABAJABA 2

16 * **POSICION EN EL TRABAJO:** EMPLEADO 1 OBRERO O PEON 2 PATRON O EMPRESARIO 3 TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA 4 TRABAJADOR NO REMUNERADO 6 SE IGNORA 7

DATOS DEL FALLECIDO

DATOS DE LA DEFUNCION

CAUSAS DE LA DEFUNCION

DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES

4. **EDAD.** - Escriba la edad del fallecido **en años cumplidos**. Si es menor de un año anote el número de meses; si es menor de un mes anote el número de días; si es menor de un día anote el número de horas; para el caso de recién nacidos que viven menos de una hora anote 00 horas.
6. **RESIDENCIA HABITUAL.** - Escriba el lugar donde tuvo su domicilio de manera permanente el fallecido, señalando la Entidad Federativa, el Municipio o Delegación, **el nombre de la localidad y la categoría política que tiene**.
No anote el nombre de calles ni número de la casa.

7. **FECHA DE LA DEFUNCION.** - Escriba con números arábigos el día, mes y año en que ocurrió la defunción.

10. **CAUSAS DE LA DEFUNCION.** - Escriba las causas de la defunción en forma completa, clara y en el mismo orden en que son presentadas en el Certificado de Defunción, no olvidando anotar también el intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte.
Todos los datos que se refieren a las causas de la defunción, **cópielos textualmente del certificado**.

- 11, 12 y 13. **DATOS DE LA DEFUNCION POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES.** - Marque con "X" las circunstancias de la muerte, el lugar donde ocurrió y anote el agente externo que la produjo. **No llene** estos datos para los casos de las defunciones que no sean producto de accidente o violencia.

Si el fallecido es menor de 6 años, anote los datos del jefe del hogar para los siguientes conceptos.

14. **ESCOLARIDAD.** - Anote **sólo una** respuesta según el **nivel máximo de instrucción** alcanzado por el fallecido.

- **Sin escolaridad.** - Si no curso ningún grado escolar.
- **Primaria.** - Anote el número de años aprobados por el fallecido.
- **Secundaria o equivalente.** - Si cursó algún año de secundaria o alguna carrera técnica después de la primaria como: secretaria, auxiliar de contador, etc.
- **Preparatoria o equivalente.** - Si cursó algún año de preparatoria, vocacional, bachillerato o alguna carrera técnica después de la secundaria, como: técnico dental, programador, enfermera, perforista, normal, etc.
- **Profesional.** - Si cursó cuando menos algún año de estudios de una carrera o profesión de nivel licenciatura.
- **Se ignora.** - Si se desconoce el nivel máximo de instrucción.

15. **CONDICION DE ACTIVIDAD.**

- **Trabajaba.** - Si la persona trabajaba por un ingreso, o si trabajaba ayudando a un familiar, o como aprendiz sin recibir ningún ingreso.
- **No trabajaba.** - Si solo se dedicaba a labores del hogar, a estudiar, si solo era rentista, jubilado o pensionado.

16. **POSICION EN EL TRABAJO.** - **Sólo si trabajaba**, Marque con "X" la situación o categoría que el fallecido tenía en su trabajo.

- **Empleado.** - Si trabajaba a cambio de un sueldo, prestando sus servicios en una institución, empresa, etc.
- **Obrero o peon.** - Si trabajaba a cambio de un sueldo o salario en una actividad **predominantemente manual**, prestando sus servicios a un patrón, empresa, rancho, etc.
- **Patrón o empresario.** - Si la persona trabajaba sola o asociada en una fábrica, taller, empresa o negocio de su propiedad, en la que empleaba una o más personas por un sueldo o un salario.
- **Miembro de una cooperativa de producción.** - Si la persona trabajaba en una propiedad comunal o cooperativa de producción de la cual era miembro y recibía una participación. **No registre a los miembros de cooperativas de consumo.**
- **Trabajador por cuenta propia.** - Si la persona trabajaba sola o asociada en su propio negocio o ejercía una profesión u oficio sin emplear a alguna persona mediante pago o remuneración, aún cuando pudo emplear a trabajadores, familiares o aprendices sin pago de ninguna especie.
- **Trabajador no remunerado.** - Si la persona no recibió ningún tipo de ingreso a cambio de su trabajo.
- **Se ignora.** - Si se desconoce la posición en el trabajo.

DATOS DE LA DEFUNCION (EXCLUSIVO PARA EL INEGI)

LUGAR DE REGISTRO : _____
ENTIDAD MUNICIPIO No. o NOMBRE DE LA OFICIALIA

No. DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE LA SSA : _____ FECHA DE REGISTRO : _____
DIA MES AÑO

LUGAR DE OCURRENCIA : _____
ENTIDAD MUNICIPIO LOCALIDAD o COLONIA

NOMBRE DEL FALLECIDO : _____

SEXO: HOMBRE MUJER EDAD : _____ FECHA DEFUNCION : _____
AÑOS MESES DIAS HORAS DIA MES AÑO

RESIDENCIA HABITUAL : _____
ENTIDAD MUNICIPIO O DELEGACION LOCALIDAD

CAUSAS DE LA MUERTE : I a) _____
b) _____
c) _____
II _____

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA : _____

CAUSA BASICA : SI NO TIPO DE CERTIFICACION : MEDICA NO MEDICA

NOMBRE DEL CERTIFICANTE : _____

DOMICILIO : _____

INVESTIGACION RETROSPECTIVA (PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE S.C.S.P.)

¿ QUIEN INVESTIGO ? : _____
NOMBRE PUESTO

FECHA : _____ FIRMA : _____
DIA MES AÑO

¿ SE CONFIRMA DIAGNOSTICO ? : SI NO

CAUSA QUE SUSTITUYE A LA DECLARADA : _____

DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO PARA EL INEGI)

TIPO DE DOCUMENTO : _____ No. DE PAQUETE : _____ No. DE ACTA : _____ FOLIO DE CAPTURA : _____

NOMBRE DEL CODIFICADOR : _____

FECHA DE REPORTE A.S.C.S.P _____
DIA MES AÑO

Esta publicación consta de 250 ejemplares y se terminó de imprimir en el mes de septiembre de 1998 en los talleres gráficos del **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática** Av. Héroe de Nacozari Núm. 2301 Sur, Acceso 11, P.B. Fracc. Jardines del Parque, CP 20270 Aguascalientes, Ags. **México**

