

**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES**

**CERTIFICADO DE CAUSA DE DEFUNCIÓN PERINATAL**

Complétese para nacidos muertos y recién nacidos vivos que fallecen dentro de las 168 horas (1 semana) después del nacimiento

(Datos de identificación)

Este niño nació vivo el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas  
 y murió el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas  
 Este niño nació muerto el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas  
 y murió antes del inicio del trabajo de parto  Durante el trabajo  Se ignora

**Madre**

**Niño**

Fecha de nacimiento   
 o si se desconoce, edad (en años)

Primer día de la última menstruación   
 o si se desconoce, duración estimada del embarazo (semanas completas)

Número de embarazos previos: \_\_\_\_\_  
 Nacidos vivos   
 Nacidos muertos   
 Abortos

Atención prenatal, dos o más consultas

Sí   
 No   
 Se ignora

Resultado del embarazo anterior:

Nacido vivo   
 Nacido muerto   
 Aborto   
 Fecha

Parto: Vértice normal espontáneo   
 Otro (especificar) .....

Peso al nacer: ..... gramos  
 Sexo:

Masculino  Femenino  Indeterminado   
 Nacimiento único  Primer gemelo   
 Segundo gemelo  Otro nacimiento múltiple

**Persona que atendió el parto**

Médico  Partera adiestrada

Otra persona adiestrada (especificar) .....

Otra persona (especificar) .....

**CAUSAS DE DEFUNCIÓN**

a. Enfermedad o afección principal del feto o del recién nacido

b. Otras enfermedades o afecciones del feto o del recién nacido

c. Enfermedad o afección principal de la madre que afecta al feto o al niño

d. Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto o al niño

e. Otras circunstancias pertinentes

La causa certificada de la defunción ha sido confirmada por autopsia   
 Puede que se disponga de un informe de autopsia más adelante   
 No se efectuó autopsia

Certifico .....

Firma e idoneidad