



Guía para Completar el Certificado de Muerte Fetal Registro Demográfico y Estadísticas Vitales Departamento de Salud Puerto Rico

Revisión efectiva desde el 23 de diciembre de 2015

Basado en el Certificado Estándar NCHS/CDC revisión del 2003 Manual adaptado del "Guide to Completing The Facility Worksheets for the Certificate of Live Birth and Report of Fetal Death".

Nuevo Certificado de Muerte Fetal Registro Demográfico y Estadísticas Vitales

Conforme a los poderes y facultades establecidos en la Ley Núm. 24-1931, según enmendada, conocida como la Ley del Registro Demográfico de Puerto Rico, y la ley Núm. 81-1912, según enmendada, conocida como la Ley del Departamento de Salud, se comenzará el uso del nuevo formulario para informar e inscribir la muerte fetal o natimueertos, Certificado de Muerte Fetal. *Formulario RD-78 Rev 2015-11.*

Muerte fetal o natimuerto para efectos de registrar el mismo, es la muerte con anterioridad a la completa expulsión o extracción del vientre de la madre del resultado de la concepción, un feto de 350 gramos o más, o de 20 semanas completas de gestación o más; calculadas desde la fecha de comienzo del último periodo normal de menstruación hasta el día del parto y que no es una terminación de embarazo inducido. La muerte está indicada por el hecho de que después de la extracción o expulsión, el feto no respire o muestra alguna otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento voluntario de músculos. Los latidos del corazón deben distinguirse de contracciones cardiacas momentáneas y las respiraciones deben distinguirse de esfuerzos respiratorios fugaces o jadeos.

El propósito de la nueva versión es atemperar el Certificado a los estándares del *National Center for Health Statistics* (NCHS), versión 2003 y actualizados a junio 2015, para la recopilación de información sobre eventos vitales. Por lo tanto, la nueva versión presenta cambios que mejoran la calidad y precisión de la información recopilada y atiende las necesidades de información adicional para una mejor planificación en la salud pública y la mejora en la resolución de procesos judiciales.

Junto con el nuevo documento, se harán cambios en el proceso del registro que también resultan en beneficios para la ciudadanía y permiten la mejor recopilación de los datos. A partir del 2016, las causas de muerte en este formulario serán codificadas por el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC).

Para todas las muertes fetales que ocurran a partir del 1^o de enero del 2016, debe utilizarse el nuevo formulario para informar e inscribir una muerte fetal o natimuerto. Las muertes fetales que ocurran antes tienen que ser informados usando el formulario anterior. Este certificado debe ser completado por profesionales del hospital o quienes hayan atendido el parto y le será entregado a la funeraria correspondiente. No se permite la entrega del Certificado de Muerte Fetal a los padres para que lo entreguen al Registro Demográfico. Las guías en detalles para Hospitales y Directores Funerarios esta disponible en la página Web del Departamento de Salud, <http://www.salud.gov.pr/Servicios-al-Ciudadano/Pages/RegistroDemografico.aspx>. Para obtener más información sobre este asunto puede comunicarse al Registro Demográfico y Estadísticas Vitales a través del correo electrónico regdem@salud.pr.gov.

Dra. Ana C. Ríus Armendáriz
Secretaría
Departamento de Salud

Nancy Vega Ramos, MS. HIA, MHP, HCSA
Directora Ejecutiva
Registro Demográfico y Estadísticas Vitales de PR

Índice

Nuevo Certificado de Muerte Fetal.....	1
Propósito.....	3
Requerimiento en Ley.....	3
Importancia del Registro de la Muerte Fetal.....	4
Confidencialidad de los Récor ds Vitales.....	5
Responsabilidades del Médico.....	5
Enmiendas a los Certificados.....	5
Certificación del Médico Examinador o del Patólogo Forense.....	6
Autorización para la Disposición Final del Cadáver.....	6
Cuándo se Requiere la Autorización.....	7
Disposiciones Legales.....	8
Directrices.....	8
Instrucciones Generales para Completar el Certificado de Muerte Fetal.....	10
Datos Prenatales y del Parto.....	12
Certificación- Causa de Muerte Fetal.....	18
Quién Atendió el Parto.....	20
Certificación: Esta muerte fetal ocurrió en la hora, fecha y lugar indicado.....	21
Información de la Madre.....	22
Información del Padre.....	25
Informante – completar sólo si otra persona que no sea madre o padre provee la información para hacer el registro.....	26
Disposición.....	28
Anejo 1.....	30

Propósito

Este manual está diseñado para orientar a los médicos, hospitales y facilidades sobre el sistema de registro de Muerte Fetal o Natimuerto del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y proveer las instrucciones necesarias para completar y llenar los certificados. El énfasis va dirigido hacia las responsabilidades del Médico, Hospital y Facilidades en manejar estos certificados para que finalmente se pueda obtener la autorización oficial para la disposición final de un cadáver. Se incluye información relevante sobre la importancia de estos documentos, para propósitos legales y estadísticos, e instrucciones específicas para completar el mismo.

El Hospital y los Médicos son responsables de entregar cumplimentado, de forma precisa y completa, las secciones correspondientes del Certificado al Director Funerario. A su vez el Director Funerario será responsable de verificar la información y entregar el certificado al oficial del Registro Demográfico de Puerto Rico conforme a lo dispuesto por las siguientes leyes y reglamentos: Ley Núm. 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada, mejor conocida como "*Ley del Registro Demográfico y Estadísticas Vitales de Puerto Rico*"; Ley Núm. 258 de 15 de septiembre de 2012, mejor conocida como "*Ley de Servicios Funerarios de Puerto Rico*"; y el *Reglamento del Secretario de Salud Núm. 135* conocido como Reglamento General de Salud Ambiental; así como todas las Órdenes y Boletines Administrativos aprobados al amparo de estas.

El Certificado de Muerte Fetal vigente contiene información sobre el cuidado prenatal, el parto, datos de la madre y el padre, según aplique, certificación médica con condiciones y causas que contribuyeron a la muerte fetal, la firma del médico que atendió el parto y la firma del médico o del patólogo forense e información concerniente a la disposición del cuerpo.

Requerimiento en Ley

Para toda muerte fetal o natimuerto, según definido aquí, debe completarse un Certificado de Muerte Fetal (RD78 Rev. 2015-11) y ser entregado en una oficina local del Registro Demográfico dentro de tres días de transcurrido el evento.

Muerte fetal o natimuerto para efectos de registrar el mismo, es la muerte con anterioridad a la completa expulsión o extracción del vientre de la madre del resultado de la concepción, un feto de 350 gramos o más, o de 20 semanas completas de gestación o más; calculadas desde la fecha de comienzo del último periodo normal de menstruación hasta el día del parto y que no es una terminación de embarazo inducido. La muerte está indicada por el hecho de que después de la extracción o expulsión, el feto no respire o muestra alguna otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento voluntario de músculos. Los latidos del corazón deben distinguirse de contracciones cardíacas momentáneas y las respiraciones deben distinguirse de esfuerzos respiratorios fugaces o jadeos.

Importancia del Registro de la Muerte Fetal

El certificado de muerte fetal es un récord permanente legal de los hechos de la muerte. Por la información contenida en ella es considerado evidencia “prima facie” de la ocurrencia de la muerte fetal. La información contenida en el mismo, también, es necesaria para realizar investigaciones médicas y de salud y se utiliza en estudios sobre las causas de embarazos adverso y esencial en la planificación y evaluación de los servicios prenatales y los programas obstétricos.

Los nacimientos y muertes así como los matrimonios, divorcios, muerte fetal y abortos, son conocidos como eventos vitales y los datos que se recopilan sobre tales eventos se denominan estadísticas vitales. Estos datos son más útiles cuando se combinan con los datos del censo decenal. Los gobiernos utilizan dicha información, en el desarrollo de política pública, en la planificación de servicios, en la investigación demográfica, biomédica y de salud, entre otros asuntos relevantes para el país. Por tal razón, es sumamente importante que los certificados de todo evento vital que ocurra, dentro de los límites territoriales de cualquier país del mundo (incluyendo las defunciones), se registren de manera eficiente y lo más preciso posible. De esta forma se estará proveyendo información confiable y actualizada para la planificación de programas, servicios y en el desarrollo de la infraestructura necesaria en nuestro país en el componente público y en el sector privado.

Como un servicio a la familia del fallecido, el Director de Funeraria es responsable de preparar un expediente preciso sobre la muerte. Esta responsabilidad convierte al dueño de la funeraria en parte integral del sistema del Registro de Defunciones de Puerto Rico.

Los datos estadísticos, obtenidos de los certificados de defunción, no pueden ser más precisos que la información que se provee en el certificado. Por tal motivo, es bien importante que todas las personas relacionadas con el registro de muertes se esmeren en completar todas las partes del certificado de defunción de manera precisa y diligente.

Entre los años 2006 al 2014, se observó un promedio anual de 449 muerte fetales en Puerto Rico, los años 2007 y 2006 fueron los de mayor cantidad de casos con 510 y 493 respectivamente. Sin embargo, al analizar las tasas de muertes fetales entre estos años, los datos indicaron que los años 2014, 2013 y 2011 presentaron las mayores tasas de este evento vital con 11.6, 11.3 y 11.2 muerte fetal por cada 1,000 nacimientos respectivamente. Este dato representa un aumento en las tasas de muertes fetales comparado con la reportada en el 2006, la cual fue de 10.0.

Por otra parte, se incluyen varios datos importantes para la Salud Pública, entre los cuales está la mediana de edad de las madres, la cual fue de 25 años y la mediana de periodo de gestación la cual fue 24 semanas. Por último, los datos indicaron que las principales causas de muerte fetal para este periodo lo fueron: *Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer y Enfermedades del Feto y el recién nacido.*

Confidencialidad de los Récorde Vitales

Para promover el acceso apropiado a los récords vitales, NCHS estimula la aprobación de modelos de leyes de estadísticas vitales que incorpora la confidencialidad. Las leyes estatales y la reglamentación establecen claramente qué personas tienen acceso autorizado a los récords vitales. Algunos estados tienen pocas restricciones al acceso a los certificados de defunción, sin embargo, en la mayoría de los estados existen mayores restricciones. A través del tiempo, en algunos estados, las restricciones legales de la confidencialidad de los récords vitales se han fortalecido.

Responsabilidades del Médico

Según el Art. 11 Secc. 1105 de Ley Núm. 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada, obliga a los médicos en el ejercicio de su profesión en Puerto Rico a certificar las defunciones. Es responsabilidad del médico completar la parte médica del Certificado (Sección de Datos Prenatales y del Parto, y Sección de Causa de Muerte). En su función de certificar, el médico ejecuta su último acto de cuidado al paciente proveyendo una certificación completa de la muerte permitiendo que la familia pueda entonces, concluir todos los asuntos de la persona fallecida.

El médico debe:

- Estar familiarizado con las leyes y reglamentos de una certificación médica para las personas que mueren sin asistencia médica o para los casos que se deben referir al Instituto de Ciencias Forenses.
- Completar las partes médicas correspondientes del Certificado.
- Asistir al Registro Demográfico en cualquier duda o pregunta relevante a un Certificado.
- Someter un informe suplementario de causa de muerte a la Oficina de Registro Demográfico cuando por razones de investigación o autopsia la causa de muerte es distinta con respecto al informe original.
- El médico es el responsable de certificar la causa de muerte, en la mayoría de los casos es el que declara la muerte y certifica la causa de muerte.

Enmiendas a los Certificados

Conforme dispone la ley, Supra, el Secretario de Salud tiene entre sus responsabilidades asegurarse que los certificados que se reciben mensualmente en la Oficina Central del Registro Demográfico, procedentes de los registros locales, sean examinados cuidadosamente y se le requerirá la información adicional que sea necesaria en aquellos casos que aparezcan incompletos o defectuosos. Toda persona que tenga conocimiento de hechos concernientes a cualquier nacimiento, casamiento o defunción, estará obligada a suministrar dicha información, cuando ello sea requerido por el Secretario de Salud en persona o por medio de su representante acreditado, por correo o por conducto del Registrador de la Región.

Esto hace posible el añadir información que no se conocía al momento en que el certificado de defunción fue completado y radicado por el Director de la Funeraria; o para corregir el expediente cuando se registró información incorrecta debido a una equivocación, o información insuficiente, pues se estaba pendiente de la autopsia o de los resultados de laboratorios.

Antes de que sean registradas en el Registro Demográfico, las omisiones o incorrecciones que aparezcan en cualquier certificado, podrán ser salvadas insertando las correcciones o adiciones en tinta roja. Luego de ser archivado el documento en el Registro Demográfico, no podrá hacerse en los mismos rectificación, adición ni enmienda alguna que altere sustancialmente el mismo, si no en virtud de orden del Tribunal de Instancia (*Artículo 31, Ley Núm. 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada, mejor conocida como “Ley del Registro Demográfico de Puerto Rico”*).

Es importante alcanzar la mayor precisión que sea posible al llenar el Certificado de Defunción, así como incluir toda la información pertinente para el beneficio de la familia del fallecido, para la confiabilidad de los datos estadísticos y para proteger la integridad del sistema de registros de estadísticas vitales de Puerto Rico. Por lo tanto, cualquier persona que tenga conocimiento de la existencia de documentos con información incompleta o incorrecta debe informarlo a la oficina Registro Demográfico más cercana.

Certificación del Médico Examinador o del Patólogo Forense

El Instituto de Ciencias Forenses asume jurisdicción cuando ocurre una muerte sin atención médica; o cuando se desconoce la causa de muerte; o en caso de accidente, suicidio u homicidio. El médico y la facilidad hospitalaria deben estar familiarizados con las formas utilizadas y las prácticas seguidas por estos oficiales médicos-legales al hacer su trabajo. Si una muerte parece ser un caso médico-legal, pero fue certificado por alguien distinto al examinador médico o al patólogo forense, el Director de Funeraria debe notificar dicha situación al examinador médico o al patólogo forense antes de someter el certificado de muerte fetal al Registro Demográfico.

Autorización para la Disposición Final del Cadáver

El Director de Funeraria debe asegurarse de tener una autorización válida, de la autoridad gubernamental correspondiente, antes de que remueva, sepulte, creme, entierre, exhume, inhume, o disponga de cualquier otra manera de un cadáver (ver Ley Núm. 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada, mejor conocida como “Ley del Registro Demográfico y Estadísticas Vitales de Puerto Rico”; Ley Núm. 258 de 15 de septiembre de 2012, según enmendada, mejor conocida como “Ley de Servicios Funerarios de Puerto Rico”; y el Reglamento del Secretario de Salud Núm. 135 conocido como Reglamento General de Salud Ambiental y Ley del Instituto de Ciencias Forenses).

Se debe completar un Certificado de Defunción como pre-requisito para obtener tal autorización. Es la responsabilidad del Director de la Funeraria saber a quién le debe

solicitar tal autorización, conocer también bajo qué circunstancias se requiere tal autorización y obtener la misma.

Cuándo se Requiere la Autorización

Se debe obtener la autorización, con las firmas correspondientes, en el momento en que se establezca la causa de muerte y se complete toda la información del Certificado de Defunción. La autorización debe acompañar al cadáver a su lugar de disposición final donde debe ser presentada a la persona a cargo del lugar de disposición.

Se debe obtener una autorización del Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o su representante autorizado, antes de:

- El traslado de un cadáver fuera de la jurisdicción del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Dicho traslado requiere por ley un embalsamamiento más riguroso.

--- Se requiere permiso del Secretario y/o Registrador Demográfico.

--- Certificado del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico, conforme al Artículo II (b) de la Ley Núm. 13 de 24 de julio de 1985, según enmendada, y mejor conocida como “Ley del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico”.

- Entierro del cuerpo en un cementerio, cripta, mausoleo o tumba.

---El permiso es otorgado por el Registro Demográfico por medio de un Registrador; previa presentación del Certificado de Defunción, completado en todas sus partes y con todas las firmas correspondientes.

- Cremación del cuerpo.

---La cremación de un cadáver requiere la autorización del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Pudiera estar firmado por el médico que practicó la autopsia, examinó el cadáver o estudio su récord médico y/o su certificado de defunción, certificando o rectificando la enfermedad o causa inmediata que produjo la muerte. El Registro Demográfico emite el permiso de cremación.

El objetivo principal de esta medida es evitar la posibilidad de destruir evidencia de algún delito y para asegurar la identificación apropiada del cuerpo antes de su disposición. El Director de Funeraria debe estar familiarizado con los requisitos y asegurarse de obtener las autorizaciones correspondientes antes de la cremación de un cadáver.

- La liberación del cuerpo para estudios científicos o educativos requiere una autorización previa del finado o de los familiares.

Disposiciones Legales

El Director de la Funeraria debe estar familiarizado con los requisitos estatales e informar a la persona a cargo del lugar de disposición donde debe enviar la autorización. Si no hay una persona a cargo del lugar donde el cadáver se va a disponer, es la responsabilidad del Director de Funeraria hacer llegar la autorización al oficial apropiado.

El Artículo 7 Sección 1101 sobre la Inscripción de Defunción, dispone que: *“Ningún cadáver podrá ser enterrado, ni depositado en nicho o tumba, ni incinerado, ni de ningún otro modo eliminado o trasladado fuera del municipio donde ocurrió la muerte, hasta que se haya cumplido con lo siguiente:*

- 1. Se haya inscrito la defunción en el Registro del lugar en que esta ocurrió o de aquel en que se haya encontrado el cadáver.*
- 2. Se haya expedido por el encargado del Registro el correspondiente permiso de enterramiento, si la inhumación se ha de efectuar en el municipio donde ocurrió la muerte o se haya encontrado el cadáver.*
- 3. Se haya expedido el permiso de traslado y enterramiento, si la inhumación ha de efectuarse fuera de dicho municipio.*

La Ley Núm. 13 de 24 de julio de 1985, según enmendada, conocida como “Ley del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico”; dispone lo siguiente en su Artículo 11

Inciso (a) Será deber del Instituto de Ciencias Forenses investigar con el objeto de determinar la causa y manera de muerte en las siguientes circunstancias:

(14) Cuando ocurriere en una casa de convalecencia, asilo, y establecimientos tales como: albergue, hogar sustituto, centro de cuidado diurno, que se dediquen al cuidado de siete (7) o más personas

Inciso (b) Será igualmente el deber del Instituto investigar con el objeto de determinar la causa y manera de la muerte de una persona:

(1) Cuando el cadáver haya de ser incinerado, disecado o que se haya de disponer del cuerpo de forma que no esté disponible posteriormente para ser examinado, irrespectivo de cómo se haya producido el deceso.

Directrices

A tenor con lo anteriormente dispuesto; las directrices a seguir son las siguientes:

- 1.** Las Facilidades Médicas entregarán el cadáver y el Certificado de Muerte Fetal (debidamente cumplimentado por el médico) al Agente Funerario que la familia disponga o según las “Directrices Avanzadas” que haya dispuesto el fallecido. La Facilidad Médica no necesita recibir un permiso de traslado del Registro Demográfico para la entrega del cadáver.

2. La inscripción del fallecimiento se hará presentando el certificado de defunción al encargado del Registro. El Registrador expedirá el permiso de enterramiento, traslado, traslado y enterramiento, según fuere necesario; una vez se asegure que se cumplimentó totalmente y sin errores el certificado de defunción.
3. El Instituto de Ciencias Forenses expide una autorización de cremación y el Registro Demográfico el permiso del mismo.
4. Los Agentes Funerarios cumplirán con las normas que tenga establecido el Instituto de Ciencias Forenses para obtener la autorización para la disposición.
5. Dicha autorización se presentará a la Oficina del Registro Demográfico que corresponda, para que el Registrador expida el permiso de enterramiento, traslado y enterramiento, certificado de embalsamamiento y cremación, según proceda. El Registro Demográfico está impedido de expedir dicho permiso si el Agente Funerario o su representante autorizado no presenta la autorización concedida por el Instituto de Ciencias Forenses. El empleado que actué en contravención a lo aquí dispuesto enfrentará sanciones, que pueden ir desde la amonestación hasta la destitución.
6. Los sepultureros o encargados de cementerios no enterrarán, ni permitirán que se entierre, incinere ni de ningún otro modo se disponga finalmente de ningún cadáver, a menos que se reciba el permiso de enterramiento, o de traslado y enterramiento, según fuere el caso.

Instrucciones Generales para Completar el Certificado de Muerte Fetal

Para toda muerte fetal ocurrida desde el 1ro de enero de 2016 se utilizará el formulario RD-78 Rev 2015-11 Certificado de Muerte Fetal. Este certificado debe ser completado por profesionales del hospital o quienes hayan atendido el parto. Se requiere registrar como (Natimuerto) solamente embarazos que resulten en una muerte fetal.

Muerte fetal significa la muerte con anterioridad a la completa expulsión o extracción del vientre de la madre del resultado de la concepción, un feto de 350 gramos o más, o de 20 semanas completas de gestación o más; calculadas desde la fecha de comienzo del último periodo normal de menstruación hasta el día del parto y que no es una terminación de embarazo inducido.

La muerte está indicada por el hecho de que después de la extracción o expulsión, el feto no respire o muestra alguna otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento voluntario de músculos. Los latidos del corazón deben distinguirse de contracciones cardiacas momentáneas y las respiraciones deben distinguirse de esfuerzos respiratorios fugaces o jadeos.

Si un infante respira o muestra cualquier evidencia de vida luego de completado el parto, aunque sea sólo momentáneo, el evento se debe registrar como un Nacimiento vivo (RD-100) no de Muerte Fetal, y se le llenará también un Certificado de Defunción (RD-77). Los padres en estos casos, deberán completar la inscripción del nacimiento (RD-99) en las facilidades del Registro Demográfico.

El Certificado de Muerte Fetal debe ser completado por la facilidad o profesional a cargo del parto: Secciones de datos prenatales y del parto, causa de muerte fetal, información de la madre y el padre, e informante si aplica. La información de los padres puede ser obtenida de los mismos padres o de algún familiar o persona relacionada al caso (todas las preguntas 1 hasta la 60).

El Certificado de Muerte Fetal completado le será entregado a la funeraria correspondiente. No se permite la entrega del Certificado de Muerte Fetal a los padres para que lo entreguen al Registro Demográfico.

El Director de Funeraria o un agente funerario autorizado actuando en representación de éste, es responsable en ley de verificar, completar y radicar el Certificado de Muerte Fetal. Dicho director o agente debe asegurarse que el documento esté completo, y por último llenar la sección sobre la Disposición (preguntas 61a - 67).

Utilice las siguientes guías para completar adecuadamente un Certificado de Muerte Fetal:

- Usar la forma autorizada por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Completar cada pregunta, siguiendo las instrucciones específicas para la pregunta correspondiente.

- Escriba de forma legible. Utilice una impresora para computadoras de alta resolución, maquinilla, o en letra de molde con un bolígrafo de tinta permanente negra o azul.
- No utilice abreviaturas excepto aquellas recomendadas en las instrucciones de preguntas específicas.
- Verifique con el informante la escritura correcta de los nombres, especialmente aquellos que tienen distintas formas de escribirse o pronunciarse.
- Refiera cualquier problema, no cubierto por estas instrucciones, al Registrador local del Registro Demográfico.
- Obtenga todas las firmas necesarias. Los sellos de goma u otras firmas tipo facsímil no serán aceptadas.
- No haga alteraciones, tachaduras o borrones al documento.
- Someta el certificado original al Registrador del Registro Demográfico. No se aceptarán copias o duplicados.

1. Nombre del Feto: Opcional a discreción de los padres

- a. Si un nombre tal y como “Baby Boy Otero Pagán” se obtiene de un expediente médico para la muerte de un recién nacido, verifique con los padres o cualquier otro informante si al niño se le dio un nombre. Si al niño no se le dio un nombre, deje los espacios correspondientes al primer y segundo nombre en blanco y escriba únicamente los apellidos.

2. Sexo:

- a. Sexo del feto. Indique si es del sexo femenino, masculino o genitalia ambigua.

3. Fecha de parto:

- a. Escriba el nombre completo del mes (enero, febrero, marzo, etc.), número del día y los cuatro números del año en que ocurrió el parto. No utilice un número o abreviaturas para designar el mes.

4. Hora de parto:

- a. Escriba la hora y los minutos exactos en un periodo de 12 horas en que ocurrió el parto. Marque AM, si es antes del mediodía y, PM si es después del mediodía. Una muerte fetal que ocurra a medianoche (12:00 AM) corresponde al comienzo de un nuevo día.

5. Peso del Feto:

- a. Anote el peso del feto en libras y onzas. No convierta las libras y onzas (lbs. y oz) a gramos.

6. Lugar donde ocurrió el parto:

Haga una marca de cotejo en el encasillado que mejor describa el tipo de lugar donde ocurrió el parto.

- a. Hospital
- b. Centro de maternidad independiente
- i. No tiene ninguna conexión física directa con un centro de parto asistido.
- c. Parto en el hogar
- i. El nacimiento ocurrió en una residencia privada.
- ii. De marcar “parto en el hogar”, haga una marca para indicar si fue planificado el parto en el hogar. Si no se sabe si fue planificado o no, escriba “se desconoce”.
- d. Clínica/Oficina Médica
- e. Otro
- i. Especifique taxi, tren, avión, etc.

7. Nombre de la Facilidad Hospitalaria o dirección si no fue en un hospital A-C

- a. Nombre de la facilidad Hospitalaria (si no es facilidad indique calle y número) - El nombre de la facilidad donde ocurrió el parto.
- b. Numero Nacional de Proveedor de la Facilidad (NPI)- Anote el Número Nacional de Proveedor de la Facilidad (NPI, por sus siglas en inglés).
- c. Municipio-Escriba el nombre del municipio donde ocurrió la muerte fetal

8. Nombre completo y apellidos de la madre: Escriba el nombre y los apellidos según fuera inscrita (apellidos de soltera) la madre. Éste es el nombre que se le dio al nacer o al ser adoptada. No debe utilizar el nombre adquirido por matrimonio.

9. Numero de record médico de la madre: El número de récord (expediente) médico de la madre de la facilidad donde haya sido atendida para este parto.

- a. Anote el número de record (expediente) correspondiente a la madre en el cual se encuentra documentada la atención brindada para el parto.

10. Estatura de la madre:

- a. Anote la estatura de la madre. Sólo utilice la unidad de pies y pulgadas.
- b. Si no se conoce la estatura de la madre, anote “se desconoce”.

11. Peso antes del embarazo:

- a. Anote el peso de la madre antes del embarazo. Sólo utilice libras.
 - i. Por ejemplo, anote 140½ libras como 140 libras.
- b. Si no se conoce el peso de la madre, anote “se desconoce”.

12. Fecha de la última menstruación:

- a. La fecha en que comenzó el último periodo de menstruación de la madre. Este ítem se utiliza para computar la edad gestacional del infante. Anote todas las partes de la fecha de comienzo del último periodo de menstruación normal de la madre disponibles. Si no se conoce ninguna de las partes de la fecha, escriba “se desconoce”.

13. Fecha de la 1^{ra} visita de cuidado prenatal:

- a. La fecha en que por primera vez un médico u otro profesional de la salud examinó y/o aconsejó a la mujer embarazada con relación al embarazo.
 - i. Anote el mes, día y año de la primera visita de cuidado prenatal. Complete todas las partes de la fecha que tenga disponible. Deje lo demás en blanco.
 - ii. Si **“no hubo cuidado prenatal”**, haga una marca de cotejo en el encasillado correspondiente.

14. Factores de riesgo en este embarazo: Haga una marca de cotejo en todos los encasillados que apliquen. La madre puede tener más de un factor de riesgo. Si

la madre no tiene ninguno de los factores de riesgo, marque “ninguno de los anteriores”.

- a. **Diabetes-** Intolerancia a la glucosa que requiere tratamiento.
 - i. Si tiene diabetes, marque el encasillado de pre-embarazo o diabetes gestacional. **No marque ambas.**
 - 1. **Pre-embarazo** - Diagnóstico antes del embarazo.
 - 2. **Gestacional-** Diagnóstico durante este embarazo.
- b. **Hipertensión-** Elevación de la presión arterial a niveles más altos de lo normal para la edad, el género y la condición fisiológica. Si existe hipertensión, marque o hipertensión pre-embarazo o hipertensión gestacional. **No marque ambas.**
 - i. **Pre-embarazo (crónica)** -Diagnóstico antes del comienzo de este embarazo- no incluye hipertensión gestacional (inducida por el embarazo (HIE).
 - ii. **Gestacional-** Diagnóstico en este embarazo (hipertensión inducida por el embarazo, pre eclampsia).
- c. **Eclampsia-** Hipertensión con proteinuria con convulsiones generalizadas o coma. Puede incluir edema patológico.
 - i. Si tiene eclampsia, puede marcar solamente un tipo de hipertensión (gestacional o crónica).
- d. **Nacimiento prematuro anterior** - Historial de embarazo(s) que hayan terminado en un nacimiento vivo de menos de 37 semanas completas de gestación.
- e. **Otro resultado adverso de algún embarazo anterior a éste** - Historial de embarazos que llegaron a la 20^{ma} semana de gestación y terminaron en cualquiera de los resultados abajo mencionados:
 - i. Muerte perinatal (incluye muertes fetales y neonatales)
 - ii. Pequeño para edad gestacional
 - iii. Nacimiento con crecimiento intrauterino retardado
- f. **El embarazo resultó de un tratamiento por infertilidad:** Cualquier tratamiento de reproducción asistida que se haya utilizado para iniciar el embarazo. Incluye:
 - i. Fármacos (como Clomid, Pergonal)
 - ii. Inseminación artificial
 - 1. Procedimientos técnicos (como la fertilización in-vitro
- g. **Fármacos para estimular la fertilidad, inseminación artificial o inseminación intrauterina**
 - i. Cualquier fármaco que estimule la fertilidad (i.e., Clomid, Pergonal), inseminación artificial o inseminación intrauterina utilizados para iniciar el embarazo.
- h. **Tecnología de reproducción asistida (i.e. Fertilización In Vitro (FIV), Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG)**

17. Método de Parto: El proceso físico mediante el cual se efectuó el alumbramiento completo del feto. No deje en blanco ninguna pregunta.

a. Presentación del feto al nacer

- i. **Cefálica** – presentación del feto anotada como vértice, occipito anterior (OA), occipito posterior (OP)
- ii. **De nalgas** – presentación del feto anotado como de nalgas, de nalgas completa, de nalgas franca, podálica (de pie).
- iii. **Otro** – cualquier otra presentación no mencionada arriba.

b. Método del parto:

- i. **Vaginal/espontáneo**- Parto del feto entero a través de la vagina mediante la fuerza natural del trabajo de parto con o sin asistencia manual de la persona que atendió el parto.
- ii. **Vaginal/fórceps** -Parto de la cabeza del feto a través de la vagina mediante la aplicación de fórceps obstétricos a la cabeza del feto.
- iii. **Vaginal/ventosa obstétrica** - Parto de la cabeza del feto a través de la vagina mediante la aplicación de una ventosa obstétrica a la cabeza del feto.
- iv. **Cesárea**- Extracción del feto, la placenta y las membranas mediante una incisión en las paredes del abdomen y del útero de la madre.

c. Si fue cesárea, ¿hubo intento de trabajo de parto?

- i. Marque si se permitió, aumentó o indujo el trabajo de parto con planes de un parto vaginal o no.

18. Morbilidad Materna: Complicaciones serias experimentadas por la madre asociadas con el trabajo de parto. Marque todos los encasillados que apliquen. Si la madre no tiene ninguna de las complicaciones, marque “ninguna de las anteriores”.

- a. Rotura uterina- rotura de la pared uterina.
- b. Admisión a una unidad de cuidado intensivo- cualquier admisión, planificada o no planificada, de la madre a una facilidad o unidad designada como proveedora de cuidado intensivo.

19. Estimado obstétrico de gestación al momento del parto: (semanas completadas)

- a. El mejor estimado obstétrico de la gestación del feto en semanas completadas, a base del estimado final de gestación de la persona que atendió el parto. Dicho estimado de gestación debe ser determinado por todos los factores y evaluaciones perinatales, tales como sonogramas, pero no el examen neonatal. Es preferible un sonograma realizado temprano en el embarazo. De proveerse una fracción de semana (i.e., 32.2 semanas) redondee la última semana completada (i.e., 32 semanas).
- b. Si se desconoce el estimado obstétrico de gestación, escriba “se desconoce” en el espacio. No complete este ítem solo a base de la fecha

de parto del infante y la fecha del último periodo de menstruación de la madre.

20. Pluralidad A-C

- Pluralidad (vivos y muerte fetal)** El número de fetos paridos vivos o muertos en cualquier momento del embarazo independientemente de la edad gestacional, o de si los fetos fueron paridos en distintas fechas del embarazo. Los fetos “reabsorbidos” (aquéllos que no son paridos: expulsados o extraídos de la madre) **no deben** contarse.
- Si no es un nacimiento sencillo, indique orden en el que nació en el parto:** El orden en que nació en el parto, nacimientos vivos o muerte fetal (1^{ro}, 2^{do}, 3^{ro}, 4^{to}, 5^{to}, 6^{to}, 7^{to}, etc.). Si es un nacimiento sencillo, deje este ítem en blanco. Al contar incluya todo nacimiento vivo y muerte fetal de este embarazo.
- Si no es un parto sencillo, número de infantes que nacieron vivos en el parto:** El número de infantes que hayan nacido vivos en cualquier momento del embarazo. Si éste es un parto sencillo, deje este ítem en blanco. Si éste no es un parto sencillo, especifique el número de infantes que hayan nacido vivos en cualquier momento de este embarazo.

Certificación- Causa de Muerte Fetal

Preguntas 21-35

A ser completadas por médico que establece la causa de muerte fetal.

CAUSA DE MUERTE - Causas, condiciones que contribuyeron a la Muerte Fetal	
<p>Las preguntas anteriores recogen detalles sobre anomalías, morbilidades, y factores de riesgos previamente identificados como existentes para la paciente y el feto. El propósito de la próxima sección es obtener una descripción de las condiciones que, en su opinión, contribuyeron a la muerte fetal. Favor de indicar cualquier condición que a su juicio fuese la causa de la muerte <i>aunque haya sido reportada en la sección anterior</i>. EN LETRA DE MOLDE</p>	
<p>21a. Causa/Condición Inicial (Primaria) De las siguientes opciones, escoja la causa o condición (UNA SÓLA) que con mayor probabilidad inició la secuencia de eventos que resultaron en la muerte del feto. Si para usted no está claro dónde reportar una condición, escribala en la línea de “(Especifique)” que le parezca más apropiada. Condiciones/Enfermedades Maternas (Especifique) _____</p> <p>Complicaciones de Placenta, Cordón Umbilical o Membranas <input type="checkbox"/> Ruptura de membranas antes de comenzar el parto <input type="checkbox"/> Placenta abrupta <input type="checkbox"/> Insuficiencia placentaria <input type="checkbox"/> Prolapso de cordón umbilical <input type="checkbox"/> Corioamnionitis <input type="checkbox"/> Otra (Especifique) _____</p> <p>Otras Complicaciones Obstétricas o del Embarazo (Especifique) _____</p> <p>Anomalia del Feto (Especifique) _____</p> <p>Lesión del Feto (Especifique) _____</p> <p>Infección del Feto (Especifique) _____</p> <p>Otras Condiciones/Desórdenes del Feto (Especifique) _____</p>	<p>21b. Otras Causas o Condiciones Significativas (Secundarias) Escoja o especifique todas las otras causas o condiciones que contribuyeron a la muerte de la pregunta 21a. Condiciones/Enfermedades Maternas (Especifique) _____</p> <p>Complicaciones de Placenta, Cordón Umbilical o Membranas <input type="checkbox"/> Ruptura de membranas antes de comenzar el parto <input type="checkbox"/> Placenta abrupta <input type="checkbox"/> Insuficiencia placentaria <input type="checkbox"/> Prolapso de cordón umbilical <input type="checkbox"/> Corioamnionitis <input type="checkbox"/> Otra (Especifique) _____</p> <p>Otras Complicaciones Obstétricas o del Embarazo (Especifique) _____</p> <p>Anomalia del Feto (Especifique) _____</p> <p>Lesión del Feto (Especifique) _____</p> <p>Infección del Feto (Especifique) _____</p> <p>Otras Condiciones/Desórdenes del Feto (Especifique) _____</p>
<p>22. ¿Se realizó autopsia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Planificada</p> <p>23. ¿Se realizó examen histológico de placenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Planificada</p> <p>24. ¿Se utilizaron los resultados de la autopsia o del examen histológico de la placenta para determinar la causa de la muerte fetal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>25. ¿En qué momento se estima que ocurrió la muerte fetal? <input type="checkbox"/> Muerto al momento de la evaluación inicial, no había iniciado el parto. <input type="checkbox"/> Muerto al momento de la evaluación, había iniciado el parto. <input type="checkbox"/> Murió durante el parto, después de la evaluación inicial. <input type="checkbox"/> Se desconoce el momento de la muerte fetal.</p>

Las preguntas anteriores recogen detalles sobre anomalías, morbilidades, y factores de riesgos previamente identificados como existentes para la paciente y el feto. El propósito de la próxima sección es obtener una descripción de las condiciones que, en su opinión, contribuyeron a la muerte fetal.

21. A & B Causa/condición Inicial (primaria)

a. Causa de Muerte – (Cadena de eventos que llevaron directamente a la muerte)

- i. La sección de causa muerte consta de dos partes. La causa primaria (21a.) es para indicar una condición única que probablemente comenzó la secuencia de eventos que resultó en la muerte del feto.

b. Otras causas o condiciones significativas que contribuyeron a la muerte. Anote todas las enfermedades o condiciones que contribuyeron a la muerte pero que no fueron reportadas en la cadena de eventos de la Parte I, y que no resultaron en la causa básica de muerte.

- i. Otras causas significativas o condiciones (21b.) incluyen el resto de las condiciones que contribuyen a la muerte. Estas condiciones pueden ser las condiciones que son accionadas por la causa primaria (21a.) o causas que no se encuentran entre la secuencia de eventos desencadenados por la causa de iniciación (21a.). La información de la causa de la muerte debe ser su mejor opinión médica. Informe de una condición específica en el espacio más adecuado a la situación dada. Una condición puede aparecer como "probable" incluso si no ha sido definitivamente diagnosticada. En el informe de las causas de muerte fetal, las condiciones en el feto o el paciente, o de la placenta, cordón o membranas, deben ser informados si se cree que han afectado el feto.

La causa de muerte fetal debe incluir información proporcionada por el patólogo si se realizó el análisis de tejidos, autopsia u otro tipo de examen post mortem. Si exámenes microscópicos de una muerte fetal están todavía pendientes en el momento en que el informe es presentado, la información adicional debe notificarse al Registro Demográfico tan pronto como esté disponible.

22. ¿Se realizó autopsia?:

- a. Marque la opción de “**Si**” cuando se haya realizado una autopsia parcial o completa. De lo contrario, marque “**No**”. Una autopsia es importante para dar información adicional acerca de las condiciones que llevaron a la muerte. Esta información adicional es particularmente importante para

establecer la causa inmediata y la causa anterior o básica (“underlying cause”) en situaciones en que la causa no es clara de forma inmediata.

23. ¿Se realizó un examen histológico de la placenta?:

- a. Marque "**Sí**" si una examinación histológica de la placenta se realizó o se está realizando en el momento de llenar la información.
- b. Marque "**Planificada**" si no se realiza una examinación histológica de la placenta en el momento de la presentación del registro de muerte fetal pero se va a realizar.
- c. Marque "**No**" si no se ha realizado ninguna examinación histológica de la placenta y no se planifica una examinación histológica de la placenta.

24. ¿Se utilizaron los resultados de la autopsia o del examen histológico de la placenta para determinar la causa de muerte fetal?

- a. Si contestó “No” a las preguntas 22 y 23 no tiene que contestar esta pregunta.

25. ¿En qué momento se estima que ocurrió la muerte fetal?: Escoger la contestación más apropiada.

- a. Muerto al momento de la evaluación inicial, no había iniciado el parto.
- b. Muerto al momento de la evaluación, había iniciado el parto.
- c. Murió durante el parto, después de la evaluación inicial.
- d. Se desconoce el momento de la muerte fetal.

Quién Atendió el Parto

Preguntas 26-30

A ser completadas por médico que atiende el parto.

QUIÉN ATENDIÓ EL PARTO:	
26. Nombre completo de <i>quién atendió</i> el parto:	LETRA DE MOLDE

Firma:	_____
27. Título:	<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> CNM/CM <input type="checkbox"/> Otra partera <input type="checkbox"/> Otro (especifique):
28. Número licencia: _____	29. NPI: _____
30. Fecha de certificación: _____ / _____ / _____	
mes	día
año	

26. Nombre completo de quien atendió el parto:

- a. Anote el nombre de la persona responsable por el parto.

27. Título:

- a. Haga una marca de cotejo en un encasillado para especificar el título de la persona. Si se marca “otro”, entre el título específico de la persona que atendió el parto. Algunos ejemplos son: enfermera, padre, agente de la policía o técnico de emergencias médicas.

28. Número de licencia:

- a. Anote el número de licencia de la persona responsable por el parto.

29. NPI:

- a. Anote el número de NPI de la persona responsable por el parto.

30. Fecha de certificación:

- a. Anote la fecha en que se completó la certificación de quién atendió del parto.

Certificación: Esta muerte fetal ocurrió en la hora, fecha y lugar indicado

Preguntas 31-35

A ser completadas por médico que declara y certifica.

CERTIFICACIÓN: Esta muerte fetal ocurrió en la hora, fecha y lugar indicado		
31. Nombre de <i>quién certifica</i> la causa de muerte fetal: LETRA DE MOLDE		

Firma: _____		
32. Título: <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> CNM/CM <input type="checkbox"/> Otra partera <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
33. Número licencia: _____ 34. NPI: _____		
35. Fecha de certificación: _____ / _____ / _____		
_____ mes _____ día _____ año		

- 31. Nombre de quién certifica la causa de muerte fetal:** Escriba el nombre completo en letra de molde, y luego firme en el espacio provisto.
- 32. Título:** Haga una marca de cotejo en un encasillado para especificar el título de la persona que certifica la muerte fetal.
- 33. Numero de licencia:** Anote el número de licencia de la persona que certifica la muerte fetal.
- 34. NPI:** Anote el número de NPI de la persona que certifica la muerte fetal.
- 35. Fecha de certificación:** Anote la fecha completa en que se certificó la muerte fetal.

Información de la Madre

Preguntas 36-49

A ser completadas por la facilidad donde ocurrió la muerte fetal.

INFORMACIÓN DE LA MADRE			
36. MADRE Nombre y Apellidos completo: <i>(mismo nombre según inscrita – como aparece en certificado de nacimiento)</i>			
37a. Lugar de Nacimiento - Municipio:	37b. Lugar de Nacimiento Estado o País:	38. Edad:	39. Fecha de Nacimiento: <i>(día/mes/año)</i>
40. Dirección Residencial: Barrio/Urb./Cond:		Núm. y Calle:	
Núm. Apt:	Municipio:	Estado o País:	Código Postal:
41. ¿En qué zona geográfica se encuentra la residencia de la madre? <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural			
42. Dirección Postal: Barrio/Urb./Cond: <input type="checkbox"/> <i>Es igual a la residencial</i>		Núm. y Calle:	
Núm. Apt:	Municipio:	Estado o País:	Código Postal:
43. Números de contacto de la madre: Principal: <input type="checkbox"/> Alterno: <input type="checkbox"/>		Firma Madre: <input checked="" type="checkbox"/>	
44. Indique el grado académico más alto completado por la madre en este momento:			
<input type="checkbox"/> 8 ^{vo} grado o menos		<input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin grado	
<input type="checkbox"/> 9 ^{no} -12 ^{mo} grado sin diploma		<input type="checkbox"/> Maestría (MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)	
<input type="checkbox"/> Graduado de escuela superior o GED completado		<input type="checkbox"/> Grado asociado (AA, AS)	
		<input type="checkbox"/> Doctorado (PhD, EdD, MD, DD, JD)	
<input type="checkbox"/> Bachillerato (BA, AB, BSA)			
45. ¿La madre es de origen hispano? <i>(Seleccione la alternativa que mejor describa si la madre es de origen Hispano/Latino/Español. Seleccione "No" si la madre no es de origen Hispano/Latino/Español)</i>			
Sí: <input type="checkbox"/> Puertorriqueño		<input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicanoamericano, Chicano	
<input type="checkbox"/> Dominicano		<input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino/Español:	
<input type="checkbox"/> Cubano		Especifique:	
46. ¿Cuál es la raza de la madre? <i>(Puede seleccionar una o más razas)</i>			
<input type="checkbox"/> Blanca		<input type="checkbox"/> India Asiática	
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana		<input type="checkbox"/> Coreana	
<input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Vietnamita	
Nombre de la tribu:		<input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra	
<input type="checkbox"/> Japonesa		<input type="checkbox"/> Samoana	
<input type="checkbox"/> Filipina		<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico _____	
<input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana		<input type="checkbox"/> Otra (Especifique)	
47. ¿Cuántos cigarrillos la madre fumó al día en promedio durante cada uno de los siguientes periodos? Para cada periodo, escriba el número de cigarrillos fumados. Si NUNCA fumó escriba "0" para cada periodo. No deje espacios sin contestar.			
3 meses antes de embarazo: _____		3 ^{er} trim. embarazo: _____	
1 ^{er} trim. embarazo: _____		2 ^{do} trim. embarazo: _____	
# cigarrillos al día		# cigarrillos al día	
48. ¿La madre recibió alimentos del Programa WIC durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
49. ¿Cuál fue el método principal de pago para la atención de este parto? <input type="checkbox"/> Plan de Salud del Gobierno/Medicaid <input type="checkbox"/> Plan Empleados Gobierno PR (ley 95)			
<input type="checkbox"/> Plan Privado <input type="checkbox"/> Plan Empleado Federal (FEHBP) <input type="checkbox"/> CHAMPUS/TRICARE <input type="checkbox"/> Pago por cuenta propia <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			

36. MADRE nombre y apellidos completo:

- a. Anote el nombre completo de la madre según fue inscrita. No se deben usar los apellidos de casada.

37. Lugar de Nacimiento A & B

- a. Lugar de nacimiento: Municipio
- b. Lugar de nacimiento: Estado o país

38. Edad: Anote la edad de la madre al momento del parto.

39. Fecha de nacimiento: Escriba el número del día, nombre completo del mes (enero, febrero, marzo, etc.), y los cuatro números del año en que la madre nació. No utilice un número o abreviaturas para designar el mes. Formato de **día/mes/año.**

40. Dirección Residencial: Escriba la dirección física completa de la madre: nombre del barrio, urbanización o condominio, núm. de apt., nombre y núm. de calle, municipio, estado o país.

41. ¿En qué zona geográfica se encuentra la residencia de la madre?

- a. Marque “Urbana” si la residencia de la persona fallecida estaba localizada en la zona urbana del municipio.
- b. Marque “Rural” si la residencia de la persona fallecida estaba localizada en la zona rural del municipio.

Los datos de mortalidad por lugar de residencia se utilizan con los datos de la población para calcular las tasas de mortalidad detalladas por áreas geográficas. Estos datos son importantes para estudios ambientales y de acceso a servicios de salud. También los datos por lugar de residencia son utilizados para preparar estimados poblacionales y proyecciones. Las autoridades locales usan esta información para evaluar la disponibilidad y uso de servicios en las áreas urbanas y rurales.

42. Dirección Postal: Escriba la dirección postal completa de la madre: nombre del barrio, urbanización o condominio, núm. de apt., nombre y núm. de calle, municipio, estado o país.

43. Números de contacto de la madre: Principal y Alterno.

Firma Madre: Espacio para la firma de la madre, en caso de que sea ésta quien provea la información.

44. Indique el grado académico completado por la madre en este momento:

Marque el encasillado correspondiente al grado académico más alto completado al momento del parto (sólo uno).

IMPORTANTE: No deje las preguntas 45 y 46 en blanco.

La pregunta de Raza y Origen Hispano deben preguntarse de forma separada.

- 45. ¿La madre es de origen hispano?** Seleccione la alternativa que mejor describa si la madre es de origen Hispano/Latino/Español. Si la madre sí es de origen hispano/latino/español, marque una de las siguientes opciones: Puertorriqueño, Dominicano, Cubano, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano Otro hispano/latino/español (especifique) _____.
- De seleccionar la última opción (Otro hispano/latino/español) escriba el gentilicio del origen hispano/latino/español que corresponda en el espacio provisto. Ejemplo: argentino, español, colombiano, etc. Si la madre, no era de origen hispano/latino marque “No” en esta pregunta. Si el informante no lo sabe, escriba “Desconocido”.

“Hispano” es una clasificación auto designada para aquellas personas cuyos orígenes provienen de España, de países hispano-hablantes de Centro y Sur América, del Caribe, o quienes se identifican como españoles o españoles/americanos.

El origen puede ser visto como descendencia, nacionalidad, o país de nacimiento de la persona o de los padres de la persona, o de sus ancestros antes de llegar a Puerto Rico.

El formulario indica los grupos más comunes en Puerto Rico, pero otros grupos pueden ser detallados en la alternativa de “Otro hispano/latino/español” y brinda espacio para especificar el gentilicio. Por ejemplo: argentino, español, venezolano, etc.

46. ¿Cuál es la raza de la madre?

- Seleccione una o más razas (entre las opciones provistas en este apartado) para indicar de qué raza la madre considera ser parte.
- Si el informante no sabe, escriba “**Desconocido**”.

India Americana o Nativa de Alaska se refiere sólo a aquellos nativos de Norte, Centro y Sur América, y no incluye a los Indios Asiáticos. Especifique el nombre principal de la tribu (eje. Maya, Quiché, Navajo, Cheyenne) para los de raza *India Americana o Nativa de Alaska*.

Para los asiáticos o de las Islas del Pacífico, seleccione el origen nacional del fallecido. Para los Asiáticos marque: *India Asiática, China, Filipina, Japonesa, Coreana, Vietnamita, o especifique en la opción de otra Asiática*.

Para los de Islas del Pacífico, marque *Nativa Hawaiana, Guanameña o Chamorra, Samoana, o especifique en la opción de otra Islas del Pacífico*.

Si el informante indica más de una raza, marque cada raza que le indique el informante.

52. Edad: Anote la edad del padre al momento del parto.

53. Fecha de nacimiento: Escriba el número del día, nombre completo del mes (enero, febrero, marzo, etc.), y los cuatro números del año en que el padre nació. No utilice un número o abreviaturas para designar el mes. Formato de día/mes/año.

54. Dirección Residencial: Escriba la dirección física completa de la madre: nombre del barrio, urbanización o condominio, núm. de apt., nombre y núm. de calle, municipio, estado o país.

55. Números de teléfono del padre: Escriba el número principal y Alterno.

Firma Padre: Espacio para la firma del padre, en caso de que sea éste quien provea la información.

56. Indique el grado académico más alto completado por el padre al momento del nacimiento: Marque el encasillado correspondiente al grado académico más alto completado al momento del parto (sólo uno).

Informante – completar sólo si otra persona que no sea madre o padre provee la información para hacer el registro

Preguntas 57-60

A ser completadas por la facilidad donde ocurrió la muerte fetal.

INFORMANTE (Completar sólo si otra persona que no sea madre o padre provee la información para hacer el registro)			
57. INFORMANTE Nombre y Apellidos completo:		58. Relación/parentesco:	
59. Dirección Residencial: Barrio/Urb./Cond:		Núm. y Calle:	
Núm. Apt:	Municipio:	Estado o País:	Código Postal:
60. Números de contacto del informante:		Firma Informante:	
Principal:	Alterno:	X	

57. Informante:

- a. Escriba el nombre completo de la persona que suministró los datos personales acerca de la persona fallecida y de su familia.

58. Relación/Parentesco:

- a. Escriba la relación del individuo que suministra la información sobre la muerte fetal . Favor de escribir una de las siguientes categorías:
 - i. hijo/a
 - ii. esposo/a
 - iii. padre/madre

- iv. otros familiares
- v. tutor
- vi. entrevistador forense
- vii. trabajador social/médico/enfermera,

Si el informante no corresponde a ninguna de las categorías anteriores escriba **“Otro”**.

59. Dirección Residencial:

- a. Escriba la dirección postal del informante la cual se utiliza para contactar al mismo cuando existan preguntas o dudas para corregir o completar cualquier pregunta en el certificado.

60. Números de contrato y firma del informante:

- a. Escriba el número principal y Alternativo.
- b. La persona que provee la información debe firmar en el espacio provisto.

Disposición

Preguntas 61-67

A ser completado por el Director Funerario

DISPOSICIÓN	
<p>61a. Método de disposición: <input type="checkbox"/> Disposición por Hospital <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Enterramiento <input type="checkbox"/> Cremación <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____</p>	<p>64. Nombre del director funerario: _____</p>
<p>61b. Fecha de disposición: _____ / _____ / _____ mes día año</p>	<p>65. Número de licencia director funerario: _____</p>
<p>62. Nombre completo de la facilidad funeraria o crematorio: _____</p>	<p>66. Nombre del lugar de la disposición (cementerio o crematorio): _____</p>
<p>63. Número de la facilidad funeraria o crematorio: _____</p>	<p>67. Lugar del cementerio o crematorio: Estado o País: _____ Municipio: _____</p>
<p>Notas Adicionales y Comentarios</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Nota Especial Certificación: Esta Certificación se hace a base de la información suministrada por: _____, en carácter de _____.</p>	
<p>Instrucciones para llenar el Certificado de Muerte Fetal - Médicos, Forenses, Directores Funerarios: Este documento constituye un registro permanente. Por tanto se requiere: (1) usar formulario indicado por el Registro Demográfico, (2) completar siguiendo las instrucciones específicas, y (3) que toda la información escrita sea legible (se debe usar una impresora de alta resolución, maquinilla con cinta oscura y letras claras, o escrito en letra de molde usando tinta permanente negra o azul). El Registro Demográfico, según dispuesto por ley, devolverá para que se rehaga todo certificado que se reciba con borraduras o alteraciones.</p>	
<p>Para uso oficial</p> <p>Registro Demográfico</p> <p>(sello)</p>	

61. a. Método de disposición:

- a. Marque el método de disposición del feto. Las opciones son: Disposición por Hospital, donación, traslado, enterramiento, cremación, traslado fuera de Puerto Rico, y otro (especifique).
- b. Escriba la fecha de disposición del cuerpo en el encasillado.

61. b. Fecha de disposición:

62. Nombre completo de la facilidad funeraria o crematorio:

- a. Escriba, en el espacio provisto, el nombre completo de la Funeraria o de la facilidad de cremación a través de la cual se dispuso del cadáver.

63. Nombre de la facilidad funeraria o crematorio:

- a. Escriba el nombre del cementerio, facilidad de cremación o cualquier otro lugar de disposición. Si el feto es removido fuera de Puerto Rico, especifique el nombre del cementerio, facilidad de cremación o cualquier otro lugar de disposición al cual el feto será removido.
- b. Si el feto va a ser utilizado por un hospital o por una escuela de medicina o de embalsamadores para propósitos científicos y educativos, escriba el nombre de esa institución.

64. Nombre de director funerario:

- a. En este apartado escriba el nombre completo del Director Funerario, el cual debe ser una persona debidamente calificada y certificada como tal por el Secretario de Salud de Puerto Rico (Capítulo IV, Artículo 4.02. –Funerarias;

Dirección de la Ley Núm. 258 del año 2012, según enmendada, mejor conocida como Ley de Servicios Funerarios de Puerto Rico).

65. Número de licencia del director funerario:

- a. Escriba el número de licencia del Director de la Funeraria.

66. Nombre del lugar de la disposición (nombre del cementerio, crematorio, otro lugar)

- a. Escriba el nombre del cementerio, facilidad de cremación o cualquier otro lugar de disposición. Si el cuerpo es removido fuera de Puerto Rico, especifique el nombre del cementerio, facilidad de cremación o cualquier otro lugar de disposición al cual el cuerpo será removido.
- b. Si el cuerpo va a ser utilizado por un hospital o por una escuela de medicina o de embalsamadores para propósitos científicos y educativos, escriba el nombre de esa institución.

67. Lugar del cementerio o crematorio:

- a. En este apartado escriba el nombre del municipio de Puerto Rico, ciudad de Estados Unidos, o ciudad del país fuera de Puerto Rico y de los Estados Unidos donde se dispuso del cadáver. Si el cuerpo de la persona fallecida va a ser utilizado por un hospital o escuela de medicina o de embalsamadores para propósitos científicos y educativos, entre el nombre de la ciudad, municipio o estado donde la institución esté localizada.
- b. **Estado o País-** Escriba Puerto Rico, el nombre del estado de Estados Unidos, o país fuera de Puerto Rico y de los Estados Unidos donde se dispuso del cadáver. Si el cuerpo de la persona fallecida va a ser utilizado por un hospital o escuela de medicina o de embalsamadores para propósitos científicos y educativos, entre el nombre del país que corresponda.

Anejo 1

Hospital Guidelines for Reporting Live Births, Infant Deaths and Induced Terminations of Pregnancy

