

Ministerio de Salud Pública SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA NACIONAL MODELO 8110 (18-38-03)		CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN NEONATAL (PARA FALLECIDOS DE 0-27 DÍAS)			Nº.		
DEL FALLECIDO DE 0-27 DÍAS	1. 1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRE (S)		
	2. No. DE IDENTIDAD :						
	3. SEXO: <input type="checkbox"/> 1 MASC. <input type="checkbox"/> 2 FEM.	4. PESO AL NACER: (EN GRAMOS)	5. SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN:	6. TIPO DE EMBARAZO: <input type="checkbox"/> 1 SENCILLO <input type="checkbox"/> 2 MÚLTIPLE (cuántos) Si Múltiple: <input type="checkbox"/> 9 No. Orden del nacimiento		7. LUGAR DEL PARTO: <input type="checkbox"/> 1 HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 OTRO CTRO. MEDICO <input type="checkbox"/> 3 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 4 OTRO LUGAR <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO	
	8. HORA Y FECHA DE NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.      DÍA      MES      AÑO			9. HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.      DÍA      MES      AÑO			
	10. EDAD: <input type="checkbox"/> 1 MENOS DE 1 HORA <input type="checkbox"/> 2 DE 1 A 11 HORAS <input type="checkbox"/> 3 DE 12 A 23 HORAS <input type="checkbox"/> 4 DÍAS		11. SITIO DE LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 INGRESO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> 3 POLICLÍNICO <input type="checkbox"/> 4 CENTRO MÉDICO <input type="checkbox"/> 5 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 6 OTRO LUGAR <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO				
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		MUNICIPIO:			
DE LA MADRE	12. NOMBRE (S) Y APELLIDO (S)				13. No. DE IDENTIDAD :		
	14. EDAD: AÑOS	15. COLOR DE LA PIEL: <input type="checkbox"/> 1 Blanca <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mestiza	16. NIVEL DE ESCOLARIDAD TERMINADO: <input type="checkbox"/> 1 NINGUNA <input type="checkbox"/> 2 PRIMARIA <input type="checkbox"/> 3 SECUNDARIA BÁSICA <input type="checkbox"/> 4 OBRERO CALIFICADO <input type="checkbox"/> 5 PREUNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> 6 TÉCNICO MEDIO <input type="checkbox"/> 7 UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO				
	17. ESTADO CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1 Casada <input type="checkbox"/> 2 Unida <input type="checkbox"/> 3 Divorciada <input type="checkbox"/> 4 Separada <input type="checkbox"/> 4 Viuda <input type="checkbox"/> 5 Soltera <input type="checkbox"/> 9 Igno.		18. OCUPACIÓN:		19. SI ES EXTRANJERA LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 PERMANENTE <input type="checkbox"/> 2 TEMPORAL <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA		
	20. NÚMERO DE EMBARAZOS TERMINADOS EN (INCLUYE EL DE ESTE CERTIFICADO): ABORTOS      NACIDOS MUERTOS      NACIDOS VIVOS TOTAL (DE ELLOS)      {      ACTUALMENTE VIVOS      ACTUALMENTE MUERTOS      }      TOTAL DE EMBARAZOS				21. SI PARTO ANTERIOR. FECHA: DÍA      MES      AÑO		
	22. DOMICILIO: (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.):				NÚMERO ó Km.	EDIFICIO:	
	ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:				LOCALIDAD:		
	PROVINCIA:		MUNICIPIO:	ÁREA DE SALUD		POLICLÍNICO:	
SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS	23. CAUSAS DE MUERTE:				TIEMPO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA CAUSA Y LA MUERTE	CÓDIGO:	
	a) <i>PRINCIPAL ENFERMEDAD O CONDICIÓN DEL RECIÉN NACIDO</i>						
	b) <i>OTRAS ENFERMEDADES O CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO</i>						
	c) <i>PRINCIPAL ENFERMEDAD DE LA MADRE QUE AFECTO AL RECIÉN NACIDO</i>						
d) <i>CIRCUNSTANCIAS RELEVANTES (ACLARE SI ES DE LA MADRE O DEL RECIÉN NACIDO CUANDO SEA NECESARIO)</i>							
24. CONFIRMACIÓN DE LAS CAUSAS: <input type="checkbox"/> 1 CLÍNICA <input type="checkbox"/> 2 INVESTIGACIÓN (EXCLUYE BIOPSIA) <input type="checkbox"/> 3 OPERACIÓN <input type="checkbox"/> 4 BIOPSIA - Se solicitó realización de Necropsia SI 5 a) NO 5 b) - Los resultados fueron utilizados en la certificación SI 5 c) NO 5 d)				25. CERTIFICACIÓN HECHA POR: <input type="checkbox"/> 1 NEONATÓLOGO <input type="checkbox"/> 2 PEDIATRA <input type="checkbox"/> 3 OBSTETRA <input type="checkbox"/> 4 LEGISTA <input type="checkbox"/> 5 OTRO			
PARA MUERTES VIOLENTAS	26. a) PARECE DEBERSE A: <input type="checkbox"/> 1 ACCIDENTE <input type="checkbox"/> 2 HOMICIDIO <input type="checkbox"/> 3 OTRO <input type="checkbox"/> 4 POR INVESTIGAR		b) FECHA DE LA LESIÓN: DÍA      MES      AÑO		c) LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN: (Domicilio, vía pública, parque, hospital, otro)		
	d) DESCRIPCIÓN DE CÓMO SE PRODUJO LA LESIÓN:						
	e) AUTORIDAD QUE SOLICITA LA ACTUACIÓN:				f) No. DE ACTA:		
DEL CERTIFICANTE	NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:			No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:	
	NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:			No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:	
PARA USO DE ESTADÍSTICA	CUÑO DE LA UNIDAD:	NOMBRE DE LA UNIDAD REGISTRADORA:		FECHA: DÍA      MES      AÑO		CÓDIGO:	
	NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO ACTUANTE:			CARGO:		No. REG. UNIDAD:	
	MUNICIPIO DE ENTERRAMIENTO:			FIRMA:		No. PROVINCIAL:	

## INSTRUCCIONES GENERALES

**CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN NEONATAL:** Esta parte del modelo se utilizará para fines estadísticos, lo llena el médico según las instrucciones.

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

**INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO CERTIFICANTE** (Sobre el llenado de algunos datos)

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

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

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

**COLOR DE LA PIEL:** Incluir en “mestiza” cualquier otra no blanca o negra.

**OCUPACIÓN:** No anote “empleada”, “obrera”, “oficinista”, etc. Detalle la ocupación que habitualmente realiza. Ejemplo: “Obrero agrícola”, “mecánico automotor”, “carpintero ebanista”, “ingeniero civil”. Si no trabaja, anote: “ama de casa”, “estudiante”, “desocupada”, “jubilado”, etc.

**SITIO DE LA DEFUNCIÓN:** Si la defunción ocurre en Cuerpo de Guardia de un policlínico se anota Policlínico, si es en el trayecto se anota en Otro lugar

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

- a) Anote solamente una causa del niño. Si existen varias anote la que a su juicio influyó más en la muerte. Evite siempre que sea posible, los términos poco precisos prematuridad e inmaduridad. No anote aquí (en a) las causas referidas al cordón, placenta o el amnios.
- b) Puede anotar una o varias causas procedentes.
- c) Anote solamente una causa de la madre. Si varias, anote la que a su juicio influyó más en la muerte del niño. Anote aquí, (en c) las causas del cordón, de la placenta o el amnios cuando proceda.
- d) Anote los hechos importantes que contribuyeron a que se produjeran las causas anotadas anteriormente, tanto en el niño como en la madre. Ej. Embarazo oculto, inasistente a consulta, exanguíneo-transfusión, operación realizada (especificándola), otras.

**CONFIRMACIÓN DE LAS CAUSAS:** Puede marcar varias casillas. Se utilizará “reconocimiento” en certificaciones médico-legales y excepcionalmente en algún otro caso.

**CERTIFICACIÓN HECHA:** Guardia: Todo médico que se encuentre en esas funciones, incluye médico de familia, excluye legista

**SI ES MUERTE VIOLENTA:** Debe llenar los incisos a), b), c), d), e) y f) del acápite 26, el médico legista o el médico actuante en función.

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

**DOCTOR:**

La atención que usted preste a las anteriores orientaciones y la precisión con que registre las causas de muerte, están muy relacionadas con la calidad de la información estadística de la mortalidad nacional y con la planificación del desarrollo prospectivo de la salud pública cubana.

**Muchas Gracias.**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

<b>Ministerio de Salud Pública</b> SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA NACIONAL <small>MODELO 8110 (18-38-03)</small>	<b>CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN NEONATAL</b> (PARA FALLECIDOS DE 0-27 DÍAS)	<b>Nº.</b>
---	---	------------

PARA SER LLENADO EN LA UNIDAD DE SALUD

1. 1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRE (S)		2. No. DE IDENTIDAD :		
3. SEXO: <input type="checkbox"/> 1 MASC. <input type="checkbox"/> 2 FEM.	4. PESO AL NACER: (EN GRAMOS)	5. SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN:	6. TIPO DE EMBARAZO: <input type="checkbox"/> 1 SENCILLO <input type="checkbox"/> 2 MÚLTIPLE (cuántos) <input type="checkbox"/> 9 IGN. Si Múltiple: _____ No. Orden del nacimiento			8. HORA Y FECHA DE NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.    DÍA    MES    AÑO		
9. HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.    DÍA    MES    AÑO			10. EDAD: <input type="checkbox"/> 1 MENOS DE 1 HORA <input type="checkbox"/> 2 DE 1 A 11 HORAS <input type="checkbox"/> 3 DE 12 A 23 HORAS <input type="checkbox"/> 4 DÍAS		11. SITIO DE LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 INGRESO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> 3 POLICLÍNICO <input type="checkbox"/> 4 OTRO CENTRO MÉDICO <input type="checkbox"/> 5 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 6 OTRO LUGAR <input type="checkbox"/> 9 IGN.			
12. CAUSA PRINCIPAL DEL RECIÉN NACIDO (23a):				13. COLOR DE LA PIEL DE LA MADRE: <input type="checkbox"/> 1 Blanca <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mestiza		14. SI LA MADRE ES EXTRANJERA LA RESIDENCIA ES: PERMANENTE <input type="checkbox"/> 1    TEMPORAL <input type="checkbox"/> 2		
15. DOMICILIO: (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.):						NÚMERO ó Km.	EDIFICIO:	APARTAMENTO:
ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:						LOCALIDAD:		_____
PROVINCIA:		MUNICIPIO:		ÁREA DE SALUD		POLICLÍNICO:		_____
NOMBRE Y APELLIDOS DEL DECLARANTE:				No. DE IDENTIDAD :		FIRMA:		_____
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:				No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:		_____
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:				No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:		_____

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DE LA UNIDAD

CUÑO DE LA UNIDAD:	NOMBRE DE LA UNIDAD	FECHA: DÍA    MES    AÑO	No. REG. UNIDAD:
NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO		CARGO:	FIRMA

PARA SER LLENADO EN LA OFICINA DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

SI NACIÓ EN CUBA, NATURAL DE:		NO NACIÓ EN CUBA:		CIUDADANÍA DE LA MADRE:	SI LA MADRE ES EXTRANJERA LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 PERMANENTE <input type="checkbox"/> 2 TEMPORAL	
PROVINCIA:	MUNICIPIO:	PAÍS:		DE LA INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO: TOMO:    FOLIO:    REGISTRO DEL ESTADO CIVIL:		
NOMBRE DEL PADRE:		NOMBRE DE LA MADRE:		CEMENTERIO:		
CEMENTERIO:		CREMATORIO:		MUNICIPIO:		

ORIGINAL DESTINADO AL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

<b>Oficina Nacional de Estadística e Información</b> SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA NACIONAL (SIEN - DEMOGRAFÍA) <small>MODELO 8110</small>	<b>INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL</b> (PARA FALLECIDOS DE 0-27 DÍAS)	<b>Nº.</b>
--	--	------------

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

INSCRIPCIÓN		REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DE:				No. DE ORDEN: (ONEI)		
TOMO:	FOLIO:	_____				_____		
1. 1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRE (S)		2. No. DE IDENTIDAD :		
3. SEXO: <input type="checkbox"/> 1 MASC. <input type="checkbox"/> 3 FEM.	4. HORA Y FECHA DE NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> a.m.(1) <input type="checkbox"/> p.m.(3)    DÍA    MES    AÑO			5. HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN: <input type="checkbox"/> a.m.(1) <input type="checkbox"/> p.m.(3)    DÍA    MES    AÑO				
6. EDAD: <input type="checkbox"/> 1 MENOS DE 1 HORA <input type="checkbox"/> 2 DE 1 A 11 HORAS <input type="checkbox"/> 3 DE 12 A 23 HORAS <input type="checkbox"/> 4 DÍAS			7. SITIO DE LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 INGRESO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> 3 POLICLÍNICO <input type="checkbox"/> 4 OTRO CENTRO MÉDICO <input type="checkbox"/> 5 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 6 OTRO LUGAR <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO					
DATOS DE LA MADRE		8. COLOR DE LA PIEL: <input type="checkbox"/> 1 Blanca <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mestiza		9. SI ES EXTRANJERA LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 PERMANENTE <input type="checkbox"/> 3 TEMPORAL		10. RESIDENCIA HABITUAL (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.):		
NÚMERO ó Km.	EDIFICIO:	APARTAMENTO:	ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:		11. PROVINCIA:		_____	
12. MUNICIPIO:				13. LOCALIDAD O ASENTAMIENTO:				_____