

**Cuadro A5.50**  
**Atención prenatal por lugar de defunción, casos de**  
**anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Atención prenatal	Lugar de Defunción					Total
	Hosp. general	Imss	Isste-Isstecali	centro salud publico sin especificar y/o cruz roja y/o Buen Pastor	clinica y/o hospital privado	
si	11	30	5	1	15	62
	17.7%	48.4%	8.1%	1.6%	24.2%	100.0%
	44.0%	90.9%	100.0%	50.0%	78.9%	73.8%
no	9	3		1	3	16
	56.3%	18.8%		6.3%	18.8%	100.0%
	36.0%	9.1%		50.0%	15.8%	19.0%
se ignora	5				1	6
	83.3%				16.7%	100.0%
	20.0%				5.3%	7.1%
Total	25	33	5	2	19	84
	29.8%	39.3%	6.0%	2.4%	22.6%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	29.8%	39.3%	6.0%	2.4%	22.6%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.51**  
**Tipo de parto en muertes fetales, casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Tipo de parto	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
normal	42	50.0	50.0	50.0
complicado	15	17.9	17.9	67.9
se ignora	27	32.1	32.1	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.52**  
**Atención de parto por lugar de defunción, casos de**  
**anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Persona que atendió el parto	Lugar de Defunción					Total
	Hosp. general	Imss	Isste-Isstecali	centro salud publico sin especificar y/o cruz roja y/o Buen Pastor	clinica y/o hospital privado	
medico	23	33	5	2	19	82
	28.0%	40.2%	6.1%	2.4%	23.2%	100.0%
	92.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	97.6%
	27.4%	39.3%	6.0%	2.4%	22.6%	97.6%
enfermera titulada	1					1
	100.0%					100.0%
	4.0%					1.2%
Se ignora	1					1
	100.0%					100.0%
	4.0%					1.2%
Total	25	33	5	2	19	84
	29.8%	39.3%	6.0%	2.4%	22.6%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	29.8%	39.3%	6.0%	2.4%	22.6%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.53**  
**Tipo de parto por frecuencia de muerte fetal, casos de**  
**anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Tipo de parto	muerte fetal ocurrida			Total
	antes del parto	durante el parto	Se ignora	
normal	34	8		42
	81.0%	19.0%		100.0%
	54.0%	42.1%		50.0%
	40.5%	9.5%		50.0%
complicado	8	7		15
	53.3%	46.7%		100.0%
	12.7%	36.8%		17.9%
	9.5%	8.3%		17.9%
se ignora	21	4	2	27
	77.8%	14.8%	7.4%	100.0%
	33.3%	21.1%	100.0%	32.1%
	25.0%	4.8%	2.4%	32.1%
Total	63	19	2	84
	75.0%	22.6%	2.4%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75.0%	22.6%	2.4%	100.0%

**Fuente:** Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.54**  
**Tipo de parto por expulsión y/o extracción del producto en muerte fetal,**  
**casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Tipo de parto	Tipo de expulsión y/o extracción					Total
	cesárea	legrado	otro	ninguno	se ignora	
normal	1	1	7	20	13	42
	2.4%	2.4%	16.7%	47.6%	31.0%	100.0%
	8.3%	14.3%	63.6%	66.7%	54.2%	50.0%
	1.2%	1.2%	8.3%	23.8%	15.5%	50.0%
complicado	2	2	2	4	5	15
	13.3%	13.3%	13.3%	26.7%	33.3%	100.0%
	16.7%	28.6%	18.2%	13.3%	20.8%	17.9%
	2.4%	2.4%	2.4%	4.8%	6.0%	17.9%
se ignora	9	4	2	6	6	27
	33.3%	14.8%	7.4%	22.2%	22.2%	100.0%
	75.0%	57.1%	18.2%	20.0%	25.0%	32.1%
	10.7%	4.8%	2.4%	7.1%	7.1%	32.1%
Total	12	7	11	30	24	84
	14.3%	8.3%	13.1%	35.7%	28.6%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	14.3%	8.3%	13.1%	35.7%	28.6%	100.0%

**Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)**

**Cuadro A5.55**  
**Tipo de parto por tipo de embarazo en muertes fetales,**  
**casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Tipo de parto	Tipo de embarazo			Total
	normal	complicado	Se ignora	
normal	32	8	2	42
	76.2%	19.0%	4.8%	100.0%
	71.1%	23.5%	40.0%	50.0%
	38.1%	9.5%	2.4%	50.0%
complicado	4	11		15
	26.7%	73.3%		100.0%
	8.9%	32.4%		17.9%
	4.8%	13.1%		17.9%
se ignora	9	15	3	27
	33.3%	55.6%	11.1%	100.0%
	20.0%	44.1%	60.0%	32.1%
	10.7%	17.9%	3.6%	32.1%
Total	45	34	5	84
	53.6%	40.5%	6.0%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	53.6%	40.5%	6.0%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.56**  
**Tipo de parto por embarazo único y gemelar en muertes**  
**fetales, casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Tipo de parto	Embarazo		Total
	unico	gemelar	
normal	41	1	42
	97.6%	2.4%	100.0%
	51.9%	20.0%	50.0%
	48.8%	1.2%	50.0%
complicado	15		15
	100.0%		100.0%
	19.0%		17.9%
se ignora	23	4	27
	85.2%	14.8%	100.0%
	29.1%	80.0%	32.1%
	27.4%	4.8%	32.1%
Total	79	5	84
	94.0%	6.0%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%
	94.0%	6.0%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.57**  
**Tipo de aborto en muertes fetales, casos de**  
**anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Tipo de aborto	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
espontáneo	9	10.7	10.7	10.7
provocado	2	2.4	2.4	13.1
terapéutico	6	7.1	7.1	20.2
se ignora	67	79.8	79.8	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.58**  
**Sexo por tipo de aborto en muertes fetales, casos de**  
**anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Sexo	Tipo de aborto				Total
	espontáneo	provocado	terapéutico	se ignora	
femenino	7	1	2	37	47
	14.9%	2.1%	4.3%	78.7%	100.0%
	77.8%	50.0%	40.0%	55.2%	56.6%
masculino	8.4%	1.2%	2.4%	44.6%	56.6%
		1	3	27	31
		3.2%	9.7%	87.1%	100.0%
indeterminado		50.0%	60.0%	40.3%	37.3%
		1.2%	3.6%	32.5%	37.3%
	2			3	5
Total	40.0%			60.0%	100.0%
	22.2%			4.5%	6.0%
	2.4%			3.6%	6.0%
Total	9	2	5	67	83
	10.8%	2.4%	6.0%	80.7%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	10.8%	2.4%	6.0%	80.7%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.59**  
**Edad gestacional agrupada por tipo de aborto, casos de**  
**anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Edad gestacional agrupada por semanas	Tipo de aborto				Total
	espontáneo	provocado	terapéutico	se ignora	
12 a 27	7	1	6	13	27
	25.9%	3.7%	22.2%	48.1%	100.0%
	77.8%	50.0%	100.0%	19.4%	32.1%
	8.3%	1.2%	7.1%	15.5%	32.1%
28 a 36	1	1		28	30
	3.3%	3.3%		93.3%	100.0%
	11.1%	50.0%		41.8%	35.7%
	1.2%	1.2%		33.3%	35.7%
37 a 41	1			23	24
	4.2%			95.8%	100.0%
	11.1%			34.3%	28.6%
	1.2%			27.4%	28.6%
42 a mas				3	3
				100.0%	100.0%
				4.5%	3.6%
				3.6%	3.6%
Total	9	2	6	67	84
	10.7%	2.4%	7.1%	79.8%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	10.7%	2.4%	7.1%	79.8%	100.0%
	10.7%	2.4%	7.1%	79.8%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.60**  
**Tipo de aborto por frecuencia de muerte fetal, casos de anencefalia en**  
**B.C. (1998-2004)**

Tipo de aborto	muerte fetal ocurrida			Total
	antes del parto	durante el parto	Se ignora	
espontáneo	6	3		9
	66.7%	33.3%		100.0%
	9.5%	15.8%		10.7%
provocado	1	1		2
	50.0%	50.0%		100.0%
	1.6%	5.3%		2.4%
terapéutico	4	2		6
	66.7%	33.3%		100.0%
	6.3%	10.5%		7.1%
se ignora	52	13	2	67
	77.6%	19.4%	3.0%	100.0%
	82.5%	68.4%	100.0%	79.8%
Total	63	19	2	84
	75.0%	22.6%	2.4%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75.0%	22.6%	2.4%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.61**  
**Tipo de aborto por tipo de expulsión y/o extracción del producto,**  
**casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Tipo de aborto	Tipo de expulsión y/o extracción					Total
	cesárea	legrado	otro	ninguno	se ignora	
espontáneo	1	4		1	3	9
	11.1%	44.4%		11.1%	33.3%	100.0%
	8.3%	57.1%		3.3%	12.5%	10.7%
	1.2%	4.8%		1.2%	3.6%	10.7%
provocado		1		1		2
		50.0%		50.0%		100.0%
		14.3%		3.3%		2.4%
		1.2%		1.2%		2.4%
terapéutico	1	1	1	2	1	6
	16.7%	16.7%	16.7%	33.3%	16.7%	100.0%
	8.3%	14.3%	9.1%	6.7%	4.2%	7.1%
	1.2%	1.2%	1.2%	2.4%	1.2%	7.1%
se ignora	10	1	10	26	20	67
	14.9%	1.5%	14.9%	38.8%	29.9%	100.0%
	83.3%	14.3%	90.9%	86.7%	83.3%	79.8%
	11.9%	1.2%	11.9%	31.0%	23.8%	79.8%
Total	12	7	11	30	24	84
	14.3%	8.3%	13.1%	35.7%	28.6%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	14.3%	8.3%	13.1%	35.7%	28.6%	100.0%

**Fuente:** Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.62**  
**Hijos vivos antes del embarazo de su hijo con anencefalia, casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Hijos nacidos vivos antes del embarazo anen.	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
un hijo	26	31.0	31.0	31.0
dos hijos	13	15.5	15.5	46.4
tres hijos	3	3.6	3.6	50.0
cuatro hijos	4	4.8	4.8	54.8
5 hijos a más	5	6.0	6.0	60.7
ningun hijo	26	31.0	31.0	91.7
se ignora	7	8.3	8.3	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.62A**  
**Ningún hijo vivo antes y ningún hijo muerto antes del embarazo del hijo con anencefalia**

Hijos vivos antes	Hijos muertos antes	Total
	ningún hijo	
ningún hijo	22	22
	100.0%	100.0%
	100.0%	100.0%
	100.0%	100.0%
Total	22	22
	100.0%	100.0%
	100.0%	100.0%
	100.0%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.63**  
**Hijos nacidos vivos antes del hijo con anencefalia según estado civil de la madre,**  
**casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Hijos nacidos vivos antes del hijo con anencefalia	Estado civil de la madre					Total
	soltera	casada	union libre	divorciada	se ignora	
un hijo	1	15	9	1		26
	3.8%	57.7%	34.6%	3.8%		100.0%
	20.0%	35.7%	29.0%	100.0%		31.0%
dos hijos		8	5			13
		61.5%	38.5%			100.0%
		19.0%	16.1%			15.5%
tres hijos			3			3
			100.0%			100.0%
			9.7%			3.6%
cuatro hijos		2	2			4
		50.0%	50.0%			100.0%
		4.8%	6.5%			4.8%
5 hijos a más		1	4			5
		20.0%	80.0%			100.0%
		2.4%	12.9%			6.0%
ningun hijo		1	4			5
		20.0%	80.0%			100.0%
		2.4%	12.9%			6.0%
se ignora	4	14	8			26
	15.4%	53.8%	30.8%			100.0%
	80.0%	33.3%	25.8%			31.0%
no informacion	4.8%	16.7%	9.5%			31.0%
					5	5
					100.0%	100.0%
Total					100.0%	6.0%
					6.0%	6.0%
					6.0%	6.0%
Total		2				2
		100.0%				100.0%
		4.8%				2.4%
Total		2.4%				2.4%
	5	42	31	1	5	84
	6.0%	50.0%	36.9%	1.2%	6.0%	100.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6.0%	50.0%	36.9%	1.2%	6.0%	100.0%

**Fuente:** Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.64**  
**Hijos vivos nacidos antes del embarazo con anencefalia y escolaridad de la madre,**  
**casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Hijos nacidos vivos antes del embarazo anen.	escolaridad de la madre								Total
	ninguna	menos de 3 años primaria	3 a 5 años primaria	primaria completa	secundaria o equiv.	preparatoria o equiv.	profesional	se ignora	
un hijo	2	2	2	3	15	1	1		26
	7.7%	7.7%	7.7%	11.5%	57.7%	3.8%	3.8%		100.0%
	50.0%	28.6%	25.0%	18.8%	53.6%	9.1%	50.0%		31.0%
	2.4%	2.4%	2.4%	3.6%	17.9%	1.2%	1.2%		31.0%
dos hijos	1		1	4	3	4			13
	7.7%		7.7%	30.8%	23.1%	30.8%			100.0%
	25.0%		12.5%	25.0%	10.7%	36.4%			15.5%
	1.2%		1.2%	4.8%	3.6%	4.8%			15.5%
tres hijos		1		1				1	3
		33.3%		33.3%				33.3%	100.0%
		14.3%		6.3%				12.5%	3.6%
		1.2%		1.2%				1.2%	3.6%
cuatro hijos		1	1	1	1				4
		25.0%	25.0%	25.0%	25.0%				100.0%
		14.3%	12.5%	6.3%	3.6%				4.8%
		1.2%	1.2%	1.2%	1.2%				4.8%
5 hijos a más	1	2		2					5
	20.0%	40.0%		40.0%					100.0%
	25.0%	28.6%		12.5%					6.0%
	1.2%	2.4%		2.4%					6.0%
ningun hijo		1	4	5	8	5	1	2	26
		3.8%	15.4%	19.2%	30.8%	19.2%	3.8%	7.7%	100.0%
		14.3%	50.0%	31.3%	28.6%	45.5%	50.0%	25.0%	31.0%
		1.2%	4.8%	6.0%	9.5%	6.0%	1.2%	2.4%	31.0%
se ignora					1	1		5	7
					14.3%	14.3%		71.4%	100.0%
					3.6%	9.1%		62.5%	8.3%
					1.2%	1.2%		6.0%	8.3%
Total	4	7	8	16	28	11	2	8	84
	4.8%	8.3%	9.5%	19.0%	33.3%	13.1%	2.4%	9.5%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	4.8%	8.3%	9.5%	19.0%	33.3%	13.1%	2.4%	9.5%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.65**  
**Hijos nacidos muertos antes del embarazo de su hijo con anencefalia, casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Hijos nacidos muertos antes del emb. anen.	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
un hijo	11	13.1	13.1	13.1
dos hijos	1	1.2	1.2	14.3
ningun hijo	65	77.4	77.4	91.7
se ignora	7	8.3	8.3	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratogénos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.66**  
**Estado civil de la madre por hijos nacidos muertos antes del embarazo del hijo con anencefalia, casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Estado civil de la madre	Hijos nacidos muertos antes del embarazo de su hijo con anencefalia				Total
	un hijo	dos hijos	ningun hijo	se ignora	
soltera			5		5
			100.0%		100.0%
			7.7%		6.0%
			6.0%		6.0%
casada	5	1	34	2	42
	11.9%	2.4%	81.0%	4.8%	100.0%
	45.5%	100.0%	52.3%	28.6%	50.0%
	6.0%	1.2%	40.5%	2.4%	50.0%
union libre	6		25		31
	19.4%		80.6%		100.0%
	54.5%		38.5%		36.9%
	7.1%		29.8%		36.9%
divorciada			1		1
			100.0%		100.0%
			1.5%		1.2%
			1.2%		1.2%
se ignora				5	5
				100.0%	100.0%
				71.4%	6.0%
				6.0%	6.0%
Total	11	1	65	7	84
	13.1%	1.2%	77.4%	8.3%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	13.1%	1.2%	77.4%	8.3%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratogénos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A5.67**  
**Hijos nacidos muertos antes del embarazo del hijo con anencefalia por escolaridad de la madre,**  
**casos de anencefalia en B.C. (1998-2004)**

Hijos nacidos muertos antes del embarazo anen.	Escolaridad de la madre								Total
	ninguna	menos de 3 años primaria	3 a 5 años primaria	primaria completa	secundaria o equiv.	preparatoria o equiv.	profesional	se ignora	
un hijo		1 9.1%	2 18.2%	3 27.3%	2 18.2%	3 27.3%			11 100.0%
		14.3%	25.0%	18.8%	7.1%	27.3%			13.1%
		1.2%	2.4%	3.6%	2.4%	3.6%			13.1%
dos hijos					1 100.0%				1 100.0%
					3.6%				1.2%
					1.2%				1.2%
ningun hijo	4 6.2%	6 9.2%	6 9.2%	13 20.0%	24 36.9%	7 10.8%	2 3.1%	3 4.6%	65 100.0%
	100.0%	85.7%	75.0%	81.3%	85.7%	63.6%	100.0%	37.5%	77.4%
	4.8%	7.1%	7.1%	15.5%	28.6%	8.3%	2.4%	3.6%	77.4%
se ignora					1 14.3%	1 14.3%		5 71.4%	7 100.0%
					3.6%	9.1%		62.5%	8.3%
					1.2%	1.2%		6.0%	8.3%
Total	4 4.8%	7 8.3%	8 9.5%	16 19.0%	28 33.3%	11 13.1%	2 2.4%	8 9.5%	84 100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	4.8%	8.3%	9.5%	19.0%	33.3%	13.1%	2.4%	9.5%	100.0%

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

Cuadro A6.1

Lugar de residencia de progenitores de casos de anencefalia por localidad urbana o rural

Lugar de residencia de progenitores	Localidad urbana o rural		Total
	Urbano	Rural	
Tijuana	1 100.0%		1 100.0%
	33.3%		12.5%
	12.5%		12.5%
Mexicali	1 33.3%	2 66.7%	3 100.0%
	33.3%	40.0%	37.5%
	12.5%	25.0%	37.5%
Ensenada		3 100.0%	3 100.0%
		60.0%	37.5%
		37.5%	37.5%
Rosarito	1 100.0%		1 100.0%
	33.3%		12.5%
	12.5%		12.5%
Total	3 37.5%	5 62.5%	8 100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%
	37.5%	62.5%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.2**  
**Lugar de Nacimiento de la Madre y del Padre de casos de anencefalia**

Lugar de nacimiento madre	Lugar de nacimiento padre			Total
	Baja California	Otros Estados del Noroeste del país	Suroeste del País	
Baja California	1 33.3% 33.3% 12.5%	2 66.7% 66.7% 25.0%		3 100.0% 37.5% 37.5%
Otros Estados del Noroeste del país	2 66.7% 66.7% 25.0%	1 33.3% 33.3% 12.5%		3 100.0% 37.5% 37.5%
Suroeste del País			2 100.0% 100.0% 25.0%	2 100.0% 25.0% 25.0%
Total	3 37.5% 100.0% 37.5%	3 37.5% 100.0% 37.5%	2 25.0% 100.0% 25.0%	8 100.0% 100.0% 100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.3a**  
**Cuánto reúnen semanalmente para el gasto familiar**

N	Valid	8
	Missing	0
Mediana		1786.5
Error Estandar de la Media		189.92
Media		1750.0
Moda		2500
Desviación Estandar		537.16
Varianza		288543.7
Rango		1408
Mínimo		1092
Máximo		2500
Sum		14292

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.3b**  
**Cuánto reúnen semanalmente para el gasto familiar**

	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Validez 1092	1	12.5	12.5	12.5
1200	1	12.5	12.5	25.0
1500	1	12.5	12.5	37.5
1600	1	12.5	12.5	50.0
1900	1	12.5	12.5	62.5
2000	1	12.5	12.5	75.0
2500	2	25.0	25.0	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.4**  
**Ocupación habitual de la madre (modificada)**

Ocupación	Frecuencia	%	% válido
obrero	7	3.3	8.2
Estética	1	.5	1.2
jornalero(a) campesino(a)	8	3.8	9.4
hogar	54	25.8	63.5
otras	15	7.2	17.6
Total	85	40.7	100.0
Missing se ignora	124	59.3	
Total	209	100.0	

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A6.5**  
**Ocupación habitual del padre (modificada)**

	Frecuencia	%	% válido
obrero	10	4.8	12.7
mecánico, soldador, eléctrico, carroceros	4	1.9	5.1
albañilería	7	3.3	8.9
jornalero, campesino	13	6.2	16.5
carpintería	1	.5	1.3
otras ocupaciones	44	21.1	55.7
Total	79	37.8	100.0
Missing se ignora	130	62.2	
Total	209	100.0	

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

**Cuadro A6.6**  
**Ocupación habitual de la madre (modificada) y del padre (modificada)**

Ocupación habitual madre (modificada)	Ocupación habitual padre (modificada)						Total
	obrero	mecánico, soldador, eléctrico, carroceros	albañilería	jornalero, campesino	carpintería	otras ocupaciones	
obrero	4 57.1% 40.0% 5.1%	1 14.3% 25.0% 1.3%				2 28.6% 4.7% 2.6%	7 100.0% 9.0% 9.0%
estética				1 100.0% 7.7% 1.3%			1 100.0% 1.3% 1.3%
jornalera campesina				8 100.0% 61.5% 10.3%			8 100.0% 10.3% 10.3%
hogar	6 12.5% 60.0% 7.7%	2 4.2% 50.0% 2.6%	5 10.4% 71.4% 6.4%	3 6.3% 23.1% 3.8%	1 2.1% 100.0% 1.3%	31 64.6% 72.1% 39.7%	48 100.0% 61.5% 61.5%
otras ocupaciones		1 7.1% 25.0% 1.3%	2 14.3% 28.6% 2.6%	1 7.1% 7.7% 1.3%		10 71.4% 23.3% 12.8%	14 100.0% 17.9% 17.9%
Total	10 12.8% 100.0% 12.8%	4 5.1% 100.0% 5.1%	7 9.0% 100.0% 9.0%	13 16.7% 100.0% 16.7%	1 1.3% 100.0% 1.3%	43 55.1% 100.0% 55.1%	78 100.0% 100.0% 100.0%

**Fuente:** Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

Cuadro A6.7

**Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia por ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia**

Ocupación, oficio o puesto de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Ocupación, oficio o puesto del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia					Total
	albañil	chofer trailer maquiladora	encargado mantenimiento	jornalero agrícola	pescador	
jornalera				2 100.0 100.0 25.0		2 100.0 25.0 25.0
no trabajó	1 25.0 33.3 12.5	1 25.0 100.0 12.5	1 25.0 100.0 12.5		1 25.0 100.0 12.5	4 100.0 50.0 50.0
planchadora	1 100.0 33.3 12.5					1 100.0 12.5 12.5
vendedora curiosidades	1 100.0 33.3 12.5					1 100.0 12.5 12.5
Total	3 37.5 100.0 37.5	1 12.5 100.0 12.5	1 12.5 100.0 12.5	2 25.0 100.0 25.0	1 12.5 100.0 12.5	8 100.0 100.0 100.0

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.8

**Lugar de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia por lugar de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia**

Lugar de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Lugar de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia					Total
	CESPM	campo de cultivo	en la construcción	maquiladora	pesca	
campos de cultivo		2				2
		100.0				100.0
		100.0				25.0%
		25.0%				25.0%
comercio			1			1
			100.0			100.0
			33.3%			12.5%
			12.5%			12.5%
no trabajó	1		1	1	1	4
	25.0%		25.0%	25.0%	25.0%	100.0
	100.0		33.3%	100.0	100.0	50.0%
	12.5%		12.5%	12.5%	12.5%	50.0%
planchaduría			1			1
			100.0			100.0
			33.3%			12.5%
			12.5%			12.5%
Total	1	2	3	1	1	8
	12.5%	25.0%	37.5%	12.5%	12.5%	100.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	12.5%	25.0%	37.5%	12.5%	12.5%	100.0

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.9**  
**Ocupaciones, oficios o puestos de trabajo del padre y la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia por ingreso semanal para el gasto familiar**

Ingreso semanal para el gasto familiar	Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia					Total
		albañil	chofer trailer maquiladora	encargado mantenimiento	jomalero agrícola	pescador	
1092	jornalera agrícola				1		1
					100.0%		100.0%
					100.0%		100.0%
1200	jornalera agrícola				1		1
					100.0%		100.0%
					100.0%		100.0%
1500	no trabajó		1				1
			100.0%				100.0%
			100.0%				100.0%
1600	no trabajó		1				1
			100.0%				100.0%
			100.0%				100.0%
1900	vendedora de curiosidades		1				1
			100.0%				100.0%
			100.0%				100.0%
2000	no trabajó			1			1
				100.0%			100.0%
				100.0%			100.0%
2500	no trabajó					1	1
						100.0%	100.0%
						50.0%	50.0%
2500	planchadora		1				1
			100.0%				100.0%
			100.0%				100.0%
2500	no trabajó		1				1
			50.0%			1	2
			100.0%			50.0%	100.0%
2500	no trabajó					1	1
						50.0%	50.0%
						50.0%	50.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.10**  
**Lugar de trabajo de la madre y del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia por ingreso semanal para el gasto familiar**

Ingreso semanal	Lugar de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo anen	Lugar de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia					Total
		CESPM	campos de cultivo	en el mar	construcción	maquiladora	
1092	campos de cultivo		1				1
			100.0%				100.0%
			100.0%				100.0%
				1			1
				100.0%			100.0%
				100.0%			100.0%
1200	campos de cultivo		1				1
			100.0%				100.0%
			100.0%				100.0%
				1			1
				100.0%			100.0%
				100.0%			100.0%
1500	no trabajó					1	1
						100.0%	100.0%
						100.0%	100.0%
						1	1
						100.0%	100.0%
						100.0%	100.0%
1600	no trabajó				1		1
					100.0%		100.0%
					100.0%		100.0%
					1		1
					100.0%		100.0%
					100.0%		100.0%
1900	comercio				1		1
					100.0%		100.0%
					100.0%		100.0%
					1		1
					100.0%		100.0%
					100.0%		100.0%
2000	no trabajó	1					1
		100.0%					100.0%
		100.0%					100.0%
		1					1
		100.0%					100.0%
		100.0%					100.0%
2500	no trabajó			1			1
				100.0%			100.0%
				100.0%			100.0%
	planchaduría					1	1
						100.0%	100.0%
						100.0%	50.0%
				1	1		2
				50.0%	50.0%		100.0%
				100.0%	100.0%		100.0%
					1		1
					50.0%		50.0%
					50.0%		50.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y

**Cuadro A6.11a**  
**Días de trabajo a la semana de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia por horas de trabajo y ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia**

Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Días de trabajo a la semana de la madre	Horas de trabajo diarias de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia		Total	
		0	8		
jornalera agricola	6		1	1	
			100.0%	100.0%	
			50.0%	50.0%	
	7		1	1	
			100.0%	100.0%	
			50.0%	50.0%	
				2	2
				100.0%	100.0%
				100.0%	100.0%
no trabajó	0	4		4	
		100.0%		100.0%	
		100.0%		100.0%	
			4		4
			100.0%		100.0%
			100.0%		100.0%
	planchadora	6		1	1
				100.0%	100.0%
				100.0%	100.0%
			1	1	
			100.0%	100.0%	
			100.0%	100.0%	
vendedora de curiosidades		7		1	1
				100.0%	100.0%
				100.0%	100.0%
			1	1	
			100.0%	100.0%	
			100.0%	100.0%	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.11b

**Días de trabajo a la semana del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia por horas de trabajo y ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia**

Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Días de trabajo a la semana del padre	Horas de trabajo diarias del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia			Total	
		6	8	12		
albañil	6		3		3	
			100.0%		100.0%	
			100.0%		100.0%	
				3		3
				100.0%		100.0%
				100.0%		100.0%
chofer trailer maquiladora	6			1	1	
				100.0%	100.0%	
				100.0%	100.0%	
					1	1
					100.0%	100.0%
					100.0%	100.0%
encargado mantenimiento	7			1	1	
				100.0%	100.0%	
				100.0%	100.0%	
					1	1
					100.0%	100.0%
					100.0%	100.0%
jornalero agrícola	6		1		1	
			100.0%		100.0%	
			50.0%		50.0%	
	7			1		1
				100.0%		100.0%
				50.0%		50.0%
				2		2
				100.0%		100.0%
				100.0%		100.0%
pescador	4	1			1	
		100.0%			100.0%	
		100.0%			100.0%	
			1			1
			100.0%			100.0%
			100.0%			100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.12

**Materiales con que trabajaba el padre durante el PAR de su hijo con anencefalia por ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre que tuvo durante el PAR de su hijo con anencefalia**

Materiales con que trabajaba el padre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia					Total
	albañil	Chofer trailer maquiladora	encargado mantenimiento	jomalero agrícola	pescador	
cloro en gas, solventes			1 100.0 100.0 12.5%			1 100.0 12.5%
solventes, aceites motor y redes					1 100.0 100.0 12.5%	1 100.0 12.5%
solventes, aceites, resinas,		1 100.0 100.0 12.5%				1 100.0 12.5%
ninguno				2 100.0 100.0 25.0%		2 100.0 25.0%
pintura, solventes, cemento	3 100.0 100.0 37.5%					3 100.0 37.5%
Total	3 37.5% 100.0 37.5%	1 12.5% 100.0 12.5%	1 12.5% 100.0 12.5%	2 25.0% 100.0 25.0%	1 12.5% 100.0 12.5%	8 100.0 100.0 100.0

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.13**  
**Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia por horas diarias de trabajo**

Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Horas diarias en que el padre utilizó solventes					Total
	3-4 horas	5-6 horas	9 horas a más	0 horas	no sabe quien informó por él	
albañil	1 33.3%				2 66.7%	3 100.0%
	50.0%				100.0%	37.5%
	12.5%				25.0%	37.5%
chofer trailer maquiladora			1 100.0%			1 100.0%
			100.0%			12.5%
			12.5%			12.5%
encargado mantenimiento	1 100.0%					1 100.0%
	50.0%					12.5%
	12.5%					12.5%
jornalero agricola				2 100.0%		2 100.0%
				100.0%		25.0%
				25.0%		25.0%
pescador		1 100.0%				1 100.0%
		100.0%				12.5%
		12.5%				12.5%
Total	2 25.0%	1 12.5%	1 12.5%	2 25.0%	2 25.0%	8 100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	25.0%	12.5%	12.5%	25.0%	25.0%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.  
 Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.14a

**Madre, en su lugar de trabajo estuvo cerca o trabajó con plaguicidas, pesticidas, funguicidas (paration, malation, carbaril) durante el PAR de su hijo con anencefalia y cuántas horas diarias**

Madre, en su trabajo estuvo cerca o trabajó con plaguicidas, pesticidas o funguicidas durante el PAR de su hijo con anencefalia	Horas diarias de exposición		Total
	7-8 horas	0 horas	
Si	2		2
	100.0%		100.0%
	100.0%		25.0%
	25.0%		25.0%
No		2	2
		100.0%	100.0%
		33.3%	25.0%
		25.0%	25.0%
no trabajó		4	4
		100.0%	100.0%
		66.7%	50.0%
		50.0%	50.0%
Total	2	6	8
	25.0%	75.0%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%
	25.0%	75.0%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.14b

**Padre, en su lugar de trabajo estuvo cerca o trabajó con plaguicidas, pesticidas, funguicidas (paration, malation, carbaril) durante el PAR de su hijo con anencefalia y cuántas horas diarias**

Padre, en su trabajo estuvo cerca o trabajó con plaguicidas, pesticidas o funguicidas durante el PAR de su hijo con anencefalia	Horas diarias de exposición		Total
	7-8 horas	0 horas	
Si	2		2
	100.0%		100.0%
	100.0%		25.0%
	25.0%		25.0%
No		6	6
		100.0%	100.0%
		100.0%	75.0%
		75.0%	75.0%
Total	2	6	8
	25.0%	75.0%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%
	25.0%	75.0%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.15a**  
**Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia por síntomas que la madre llegó a sentir en su trabajo durante el PAR de su hijo con anencefalia**

Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Síntomas que la madre llegó a sentir en su trabajo durante el PAR de su hijo con anencefalia			Total
	Dolor de cabeza	Ninguno	no trabajó	
jornalera agricola	1 50.0% 100.0% 12.5%	1 50.0% 33.3% 12.5%		2 100.0% 25.0% 25.0%
no trabajó			4 100.0% 100.0% 50.0%	4 100.0% 50.0% 50.0%
planchadora		1 100.0% 33.3% 12.5%		1 100.0% 12.5% 12.5%
vendedora de curiosidades		1 100.0% 33.3% 12.5%		1 100.0% 12.5% 12.5%
Total	1 12.5% 100.0% 12.5%	3 37.5% 100.0% 37.5%	4 50.0% 100.0% 50.0%	8 100.0% 100.0% 100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.15b**  
**Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia por síntomas que el padre llegó a sentir en su trabajo durante el PAR de su hijo con anencefalia**

Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Síntomas que el padre llegó a sentir en su trabajo durante el PAR de su hijo con anencefalia				Total
	Dolor de cabeza	Mareos	Ninguno	no sabe quien informó por él	
albañil	1			2	3
	33.3%			66.7%	100.0%
	25.0%			100.0%	37.5%
	12.5%			25.0%	37.5%
chofer trailer maquiladora	1				1
	100.0%				100.0%
	25.0%				12.5%
	12.5%				12.5%
encargado mantenimiento		1			1
		100.0%			100.0%
		100.0%			12.5%
		12.5%			12.5%
jornalero agrícola	1		1		2
	50.0%		50.0%		100.0%
	25.0%		100.0%		25.0%
	12.5%		12.5%		25.0%
pescador	1				1
	100.0%				100.0%
	25.0%				12.5%
	12.5%				12.5%
Total	4	1	1	2	8
	50.0%	12.5%	12.5%	25.0%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	50.0%	12.5%	12.5%	25.0%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.16a

**Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia y qué le preocupaba en relación a su salud**

Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Madre, en ese trabajo durante el PAR de su hijo con anencefalia, qué le preocupaba en relación a su salud					Total
	artritis	fumigantes	fumigantes y falta de agua	nada le preocupaba	no trabajó	
jornalera agrícola		1 50.0% 100.0% 12.5%	1 50.0% 100.0% 12.5%			2 100.0% 25.0% 25.0%
no trabajó					4 100.0% 100.0% 50.0%	4 100.0% 50.0% 50.0%
planchadora	1 100.0% 100.0% 12.5%					1 100.0% 12.5% 12.5%
vendedora de curiosidades				1 100.0% 100.0% 12.5%		1 100.0% 12.5% 12.5%
Total	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	4 50.0% 100.0% 50.0%	8 100.0% 100.0% 100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.16b**  
**Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia y qué le preocupaba en relación a su salud**

Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Padre, en ese trabajo durante el PAR de su hijo con anencefalia, qué le preocupaba en relación a su salud					Total
	caerse desde lo alto	cloro en gas	fumigantes y falta de agua	la informante no supo decir	solventes y humo del motor	
albañil	1 33.3% 100.0% 12.5%			2 66.7% 66.7% 25.0%		3 100.0% 37.5% 37.5%
chofer trailer maquiladora					1 100.0% 50.0% 12.5%	1 100.0% 12.5% 12.5%
encargado mantenimiento		1 100.0% 100.0% 12.5%				1 100.0% 12.5% 12.5%
jornalero agrícola			1 50.0% 100.0% 12.5%	1 50.0% 33.3% 12.5%		2 100.0% 25.0% 25.0%
pescador					1 100.0% 50.0% 12.5%	1 100.0% 12.5% 12.5%
Total	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	3 37.5% 100.0% 37.5%	2 25.0% 100.0% 25.0%	8 100.0% 100.0% 100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratogénos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.17**  
**Fuentes de contaminación ambiental a una distancia de 1-5 cuadras del hogar donde vivían durante el PAR de su hijo con anencefalia**

	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Valid				
Fábricas, parques industriales	2	25.0	25.0	25.0
Subestaciones electricas	1	12.5	12.5	37.5
Campos de cultivo donde fumigan	2	25.0	25.0	62.5
Basureros	1	12.5	12.5	75.0
Ninguna	1	12.5	12.5	87.5
Otras	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.18**  
**Madre, durante el embarazo de su hijo con anencefalia tomó ácido fólico (caltrate + D) y quién se lo recomendó**

Madre, durante el embarazo de su hijo con anencefalia tomó ácido fólico (caltrate + D)	Quién se lo recomendó			Total
	centro de salud "oportunidades"	clínica Coplamar	nadie	
Si	1 50.0% 100.0% 12.5%	1 50.0% 100.0% 12.5%		2 100.0% 25.0% 25.0%
No			6 100.0% 100.0% 75.0%	6 100.0% 75.0% 75.0%
Total	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	6 75.0% 100.0% 75.0%	8 100.0% 100.0% 100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.19

**Madre, durante el PAR de su hijo con anencefalia tomó ácido fólico (caltrate + D) y dónde se atendió cuando estuvo embarazada de su hijo con anencefalia**

Madre, durante el embarazo de su hijo con anencefalia tomó ácido fólico (caltrate + D)	Madre, dónde se atendió cuando estuvo embarazada de su hijo con anencefalia						Total
	IMSS	Hospital general	Clinicas de ISESALUD	ISSTE-ISSTECALI	Médico privado	no se atendió	
Si		1 50.0% 100.0% 12.5%	1 50.0% 50.0% 12.5%				2 100.0% 25.0% 25.0%
No	2 33.3% 100.0% 25.0%		1 16.7% 50.0% 12.5%	1 16.7% 100.0% 12.5%	1 16.7% 100.0% 12.5%	1 16.7% 100.0% 12.5%	6 100.0% 75.0% 75.0%
Total	2 25.0% 100.0% 25.0%	1 12.5% 100.0% 12.5%	2 25.0% 100.0% 25.0%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	8 100.0% 100.0% 100.0%

**Fuente:** Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. **Proyecto:** Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.20**  
**Madre, dónde fue el parto de su hijo con anencefalia y después del nacimiento de su hijo con anencefalia, le recomendaron tomar más cantidad de ácido fólico**

Madre, dónde fue el parto de su hijo con anencefalia	Le recomendaron tomar más cantidad de ácido fólico después del nacimiento de su hijo con anencefalia		Total
	Si	No	
IMSS		2	2
		100.0%	100.0%
		28.6%	25.0%
Hospital general		25.0%	25.0%
	1	3	4
	25.0%	75.0%	100.0%
ISSTE-ISSTECALI	100.0%	42.9%	50.0%
	12.5%	37.5%	50.0%
		1	1
Otros		100.0%	100.0%
		14.3%	12.5%
		12.5%	12.5%
Total	1	7	8
	12.5%	87.5%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%
	12.5%	87.5%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.21**  
**Su hijo sano nació antes o después de su hijo con anencefalia**

	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Antes	5	62.5	62.5	62.5
Después	1	12.5	12.5	75.0
antes y después	2	25.0	25.0	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.22**  
**Cuánto tiempo se llevan su hijo con anencefalia y su hijo sano**

Tiempo en años	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
1	5	62.5	62.5	62.5
10	1	12.5	12.5	75.0
5	1	12.5	12.5	87.5
8	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.23**  
**Madre, cuántos hijos ha tenido**

Número de hijos	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
1	1	12.5	12.5	12.5
3	3	37.5	37.5	50.0
4	2	25.0	25.0	75.0
5	2	25.0	25.0	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.24**  
**Del total de sus hijos, qué número es su hijo con anencefalia**

Número del hijo con anencefalia	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
primero	1	12.5	12.5	12.5
segundo	2	25.0	25.0	37.5
cuarto	2	25.0	25.0	62.5
quinto	2	25.0	25.0	87.5
sexto	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.25**  
**Antes de su hijo con anencefalia, tuvo abortos**

Abortos anteriores	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Si	2	25.0	25.0	25.0
No	6	75.0	75.0	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.26**  
**Edad de la madre y su pareja cuando nació su hijo con anencefalia**

Edad de la madre en el nacimiento del hijo anen.	Edad del padre en el nacimiento del hijo con anencefalia							Total
	20	22	28	32	33	44	45	
17	1 100.0% 100.0% 12.5%							1 100.0% 12.5% 12.5%
20		1 100.0% 50.0% 12.5%						1 100.0% 12.5% 12.5%
23		1 50.0% 50.0% 12.5%	1 50.0% 100.0% 12.5%					2 100.0% 25.0% 25.0%
33				1 100.0% 100.0% 12.5%				1 100.0% 12.5% 12.5%
35					1 100.0% 100.0% 12.5%			1 100.0% 12.5% 12.5%
37							1 100.0% 100.0% 12.5%	1 100.0% 12.5% 12.5%
43						1 100.0% 100.0% 12.5%		1 100.0% 12.5% 12.5%
Total	1 12.5% 100.0% 12.5%	2 25.0% 100.0% 25.0%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	8 100.0% 100.0% 100.0%

**Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.**

**Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)**

**Cuadro A6.27**  
**Edad que la madre tenía cuando nació su hijo con anencefalia y a qué edad tuvo su primer hijo sano**

Edad de la madre en el nacimiento del hijo anen.	Edad de la madre en el nacimiento de su primer hijo sano						Total
	16	17	18	19	26	31	
17				1 100.0% 100.0% 12.5%			1 100.0% 12.5% 12.5%
20		1 100.0% 100.0% 12.5%					1 100.0% 12.5% 12.5%
23			2 100.0% 100.0% 25.0%				2 100.0% 25.0% 25.0%
33	1 100.0% 100.0% 12.5%						1 100.0% 12.5% 12.5%
35					1 100.0% 50.0% 12.5%		1 100.0% 12.5% 12.5%
37					1 100.0% 50.0% 12.5%		1 100.0% 12.5% 12.5%
43						1 100.0% 100.0% 12.5%	1 100.0% 12.5% 12.5%
<b>Total</b>	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	2 25.0% 100.0% 25.0%	1 12.5% 100.0% 12.5%	2 25.0% 100.0% 25.0%	1 12.5% 100.0% 12.5%	8 100.0% 100.0% 100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.28**  
**Madre, qué edad tenía su pareja cuando nació su hijo con anencefalia y qué edad cuando nació su primer hijo sano**

Edad del padre en el nacimiento del hijo anen.	Edad del padre al nacimiento de su primer hijo sano							Total
	17	19	22	23	24	32	34	
20			1 100.0% 100.0% 12.5%					1 100.0% 12.5% 12.5%
22	1 50.0% 100.0% 12.5%	1 50.0% 50.0% 12.5%						2 100.0% 25.0% 25.0%
28				1 100.0% 100.0% 12.5%				1 100.0% 12.5% 12.5%
32		1 100.0% 50.0% 12.5%						1 100.0% 12.5% 12.5%
33					1 100.0% 100.0% 12.5%			1 100.0% 12.5% 12.5%
44						1 100.0% 100.0% 12.5%		1 100.0% 12.5% 12.5%
45							1 100.0% 100.0% 12.5%	1 100.0% 12.5% 12.5%
Total	1 12.5% 100.0% 12.5%	2 25.0% 100.0% 25.0%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	8 100.0% 100.0% 100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.29****Estado civil de la madre en el nacimiento de su hijo con anencefalia**

Estado civil de la madre en el nacimiento de su hijo anen.	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Casada	5	62.5	62.5	62.5
Unión libre	3	37.5	37.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.30****Estado civil actual de la madre**

Estado civil actual de la madre	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
soltera	5	2.4	2.4	2.4
casada	42	20.1	20.1	22.5
union libre	31	14.8	14.8	37.3
divorciada	1	.5	.5	37.8
se ignora	6	2.9	2.9	40.7
no informacion	124	59.3	59.3	100.0
Total	209	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos generada a partir de certificados de defunción y muerte fetal (1998-2004). Información obtenida de archivos de ISESALUD de B.C. durante 2003-2004. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California, 1998-2004)

Cuadro A6.31

**Lugar donde la madre fue atendida durante el embarazo de su hijo con anencefalia y en qué mes del embarazo se enteró que su hijo tenía anencefalia**

Lugar donde la madre fue atendida durante el embarazo de su hijo con anencefalia	Mes de embarazo en que la madre se enteró que su hijo tenía anencefalia			Total
	6	7	9	
IMSS		1	1	2
		50.0%	50.0%	100.0%
		25.0%	50.0%	25.0%
		12.5%	12.5%	25.0%
Hospital general		1		1
		100.0%		100.0%
		25.0%		12.5%
Clínicas de ISESALUD				
	1	1		2
	50.0%	50.0%		100.0%
	50.0%	25.0%		25.0%
ISSTE-ISSTECALI				
	1			1
	100.0%			100.0%
	50.0%			12.5%
Médico privado				
		1		1
		100.0%		100.0%
		25.0%		12.5%
no se atendió				
			1	1
			100.0%	100.0%
			50.0%	12.5%
Total				
	2	4	2	8
	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.32

**Mes de embarazo en que la madre se enteró que su hijo tenía anencefalia y, si el médico le propuso el aborto de su hijo, cuál fue su decisión**

Mes de embarazo en que la madre se enteró que su hijo tenía anencefalia	Si el médico le propuso un aborto, cuál fue su decisión			Total
	Abortarlo	No abortarlo	No se lo propuso	
6		2 100.0 66.7% 25.0%		2 100.0 25.0% 25.0%
7	2 50.0% 66.7% 25.0%	1 25.0% 33.3% 12.5%	1 25.0% 50.0% 12.5%	4 100.0 50.0% 50.0%
9	1 50.0% 33.3% 12.5%		1 50.0% 50.0% 12.5%	2 100.0 25.0% 25.0%
Total	3 37.5% 100.0 37.5%	3 37.5% 100.0 37.5%	2 25.0% 100.0 25.0%	8 100.0 100.0 100.0

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.33**  
**Cómo fue el parto en el que nació su hijo con anencefalia y, se complicó el parto donde nació su hijo con anencefalia**

Cómo fue el parto de su hijo con anencefalia	Se complicó el parto en el que nació su hijo con anencefalia			Total
	Si	No	no sabe	
Normal	1	1		2
	50.0%	50.0%		100.0%
	16.7%	100.0%		25.0%
	12.5%	12.5%		25.0%
Por cesárea	4		1	5
	80.0%		20.0%	100.0%
	66.7%		100.0%	62.5%
	50.0%		12.5%	62.5%
Por inducción	1			1
	100.0%			100.0%
	16.7%			12.5%
	12.5%			12.5%
Total	6	1	1	8
	75.0%	12.5%	12.5%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75.0%	12.5%	12.5%	100.0%

**Fuente:** Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.34**

**Cómo fue el parto en el que nació su hijo con anencefalia y éste hijo murió antes, durante o después del parto**

Cómo fue el parto en el que nació su hijo con anencefalia	Su hijo con anencefalia murió antes, durante o después del parto			Total
	Antes del parto	Durante el parto	Después del parto	
Normal	1	1		2
	50.0%	50.0%		100.0%
	100.0%	100.0%		25.0%
Por cesárea			5	5
			100.0%	100.0%
			83.3%	62.5%
Por inducción			1	1
			100.0%	100.0%
			16.7%	12.5%
Total	1	1	6	8
	12.5%	12.5%	75.0%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	12.5%	12.5%	75.0%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.35

**Después del nacimiento de su hijo con anencefalia, usted y su pareja se cuidaron para no tener más hijos y cómo se cuidaron**

Después del nacimiento de su hijo con anencefalia, usted y su pareja se cuidaron para no tener más hijos	Cómo se cuidaron				Total
	condón	ninguno	salpingoclasia	vasectomía	
Si	1		4	1	6
	16.7%		66.7%	16.7%	100.0%
	100.0%		100.0%	100.0%	75.0%
	12.5%		50.0%	12.5%	75.0%
No		2			2
		100.0%			100.0%
		100.0%			25.0%
		25.0%			25.0%
Total	1	2	4	1	8
	12.5%	25.0%	50.0%	12.5%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	12.5%	25.0%	50.0%	12.5%	100.0%

**Nota:** La pareja que se cuidó con condón y la que no se cuidó tuvieron un hijo sano respectivamente después del hijo con anencefalia. Posteriormente al parto de los hijos sanos las madres se practicaron la Salpingoclasia; este hecho aumentó el número de progenitoras que optaron por esa medida. Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.36**  
**Explicación de los médicos acerca de la anencefalia de los hijos de los entrevistados**

Explicación de los médicos acerca de la anencefalia de su hijo	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Contaminación en las fábricas afecta	1	12.5	12.5	12.5
De cada mil hay una mujer que tiene un hijo con anencefalia	1	12.5	12.5	25.0
Droga cristal o eclipse	1	12.5	12.5	37.5
Muchos factores químicos como drogas	1	12.5	12.5	50.0
Ninguna	1	12.5	12.5	62.5
No saben qué hay en San Quintín porque han habido varios casos	1	12.5	12.5	75.0
No sabían la causa (hospital general)	1	12.5	12.5	87.5
Causa multifactorial	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

**Fuente:** Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.  
**Proyecto:** Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.37**  
**Explicación de la madre acerca de la anencefalia de su hijo**

Explicación de la madre acerca de la anencefalia de su hijo	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
alcoholismo esposo y voluntad de dios	1	12.5	12.5	12.5
basurero	1	12.5	12.5	25.0
eclipse	1	12.5	12.5	37.5
malformación de hija de hna. del esposo	1	12.5	12.5	50.0
ninguna	2	25.0	25.0	75.0
por droga cristal de esposo	1	12.5	12.5	87.5
por inyección para dolor	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.38**  
**Explicación del padre acerca de la anencefalia de su hijo**

Explicación del padre acerca de la anencefalia de su hijo	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
basurero y químicos	1	12.5	12.5	12.5
droga cristal se echó la culpa	1	12.5	12.5	25.0
imperfección del hombre	1	12.5	12.5	37.5
malformación de la hija de su hermana	1	12.5	12.5	50.0
ninguna	3	37.5	37.5	87.5
por la droga cristal que consume	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.39**  
**Explicación de la madre y del padre acerca de la anencefalia de su hijo**

Explicación de la madre acerca de la anencefalia de su hijo	Explicación del padre acerca de la anencefalia de su hijo						Total
	basurero y químicos	droga cristal se echó la culpa	imperfección del hombre	malformación de la hija de su hermana	ninguna	por la droga cristal que consume	
alcoholismo esposo y voluntad					1 100.0% 33.3% 12.5%		1 100.0% 12.5% 12.5%
basurero	1 100.0% 100.0% 12.5%						1 100.0% 12.5% 12.5%
eclipse		1 100.0% 100.0% 12.5%					1 100.0% 12.5% 12.5%
malformación de hija de hna. del esposo				1 100.0% 100.0% 12.5%			1 100.0% 12.5% 12.5%
ninguna					2 100.0% 66.7% 25.0%		2 100.0% 25.0% 25.0%
por droga cristal de esposo						1 100.0% 100.0% 12.5%	1 100.0% 12.5% 12.5%
por inyección para dolor			1 100.0% 100.0% 12.5%				1 100.0% 12.5% 12.5%
Total	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	3 37.5% 100.0% 37.5%	1 12.5% 100.0% 12.5%	8 100.0% 100.0% 100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

Proyecto: Riesgos teratogénos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.40**  
**Con quiénes más buscaron la explicación**

Con quienes buscaron la explicación del nacimiento de su hijo con anen.	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Con nadie	4	50.0	50.0	50.0
Con sacerdote	1	12.5	12.5	62.5
Dr. dijo que no sabía	1	12.5	12.5	75.0
Nadie les explicó	1	12.5	12.5	87.5
Suegra dijo que por el eclipse	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.41**  
**Usted y su pareja abrazaron a su hijo con anencefalia**

Abrazó a su hijo con anencefalia	Su pareja también abrazó a su hijo con anencefalia		Total
	Si	No	
Si	1	1	2
	50.0%	50.0%	100.0%
	100.0%	14.3%	25.0%
	12.5%	12.5%	25.0%
No		6	6
		100.0%	100.0%
		85.7%	75.0%
Total	1	7	8
	12.5%	87.5%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%
	12.5%	87.5%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.42**  
**Qué familiares conocieron a su hijo con anencefalia**

Qué familiares conocieron a su hijo con anencefalia	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Familiares de ella	1	12.5	12.5	12.5
Familiares de ambos	4	50.0	50.0	62.5
Nadie	3	37.5	37.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.  
Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.43**  
**Comentaron con sus amigos sobre su hijo con anencefalia**

Comentaron con sus amigos sobre su hijo con anencefalia	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Si	3	37.5	37.5	37.5
No	5	62.5	62.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.  
Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

Cuadro A6.44

**Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre y del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia y comentaron con sus compañeros de trabajo sobre su hijo con anencefalia**

Comentaron con sus compañeros de trabajo sobre su hijo con anen.	Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo anen.	Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia					Total
		albañil	chofer trailer maquiladora	encargado mantenimiento	jornalero agrícola	pescador	
Si	no trabajó	1	1	1			3
		33.3%	33.3%	33.3%			100.0%
		100.0%	100.0%	100.0%			100.0%
	33.3%	33.3%	33.3%			100.0%	
	Total	1	1	1			3
		33.3%	33.3%	33.3%			100.0%
		100.0%	100.0%	100.0%			100.0%
		33.3%	33.3%	33.3%			100.0%
No	jornalera agrícola				2		2
					100.0%		100.0%
					100.0%		40.0%
				40.0%		40.0%	
		no trabajó					1
						1	1
						100.0%	100.0%
						100.0%	20.0%
						20.0%	20.0%
		planchadora	1				
		100.0%					100.0%
		50.0%					20.0%
		20.0%					20.0%
	vendedora de curiosidades	1					1
		100.0%					100.0%
		50.0%					20.0%
		20.0%					20.0%
	Total	2			2	1	5
		40.0%			40.0%	20.0%	100.0%
		100.0%			100.0%	100.0%	100.0%
		40.0%			40.0%	20.0%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.45**  
**Relacionó la madre el nacimiento de su hijo con anencefalia con la ocupación que realizaba**

Relacionó el nacimiento de su hijo anen. con la ocupación que realizaba	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
No	4	50.0	50.0	50.0
No trabajó	4	50.0	50.0	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.46**  
**Relacionó el padre el nacimiento de su hijo con anencefalia con la ocupación que realizaba**

Relacionó el nacimiento de su hijo anen. con la ocupación que realizaba	Frecuencia	%	% válido	% acumulativo
Si	1	12.5	12.5	12.5
No	6	75.0	75.0	87.5
No trabajó	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.47**  
**Madre, llegó a pensar que su esposo era el causante de la anencefalia de su hijo y por qué**

Madre, llegó a pensar que su esposo era el causante de la anencefalia de su hijo	Por qué			Total
	por alcoholismo de mi esposo	por droga cristal que consumía	porque no había razones	
Si	1 33.3% 100.0% 12.5%	2 66.7% 100.0% 25.0%		3 100.0% 37.5% 37.5%
No			5 100.0% 100.0% 62.5%	5 100.0% 62.5% 62.5%
Total	1 12.5% 100.0% 12.5%	2 25.0% 100.0% 25.0%	5 62.5% 100.0% 62.5%	8 100.0% 100.0% 100.0%

**Fuente:** Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005. **Proyecto:** Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.48**  
**Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia por otros compañeros de su trabajo o del trabajo de su pareja han tenido hijos con anencefalia**

Ocupación, oficio o puesto de trabajo de la madre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Otros compañeros de su trabajo o del trabajo de su pareja han tenido hijos con anencefalia		Total
	Si	no saben	
jornalera agricola		2	2
		100.0%	100.0%
		33.3%	25.0%
no trabajó		25.0%	25.0%
	2	2	4
	50.0%	50.0%	100.0%
planchadora		100.0%	100.0%
		16.7%	12.5%
		12.5%	12.5%
vendedora de curiosidades		1	1
		100.0%	100.0%
		16.7%	12.5%
Total		12.5%	12.5%
	2	6	8
	25.0%	75.0%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%
	25.0%	75.0%	100.0%

Fuente: Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.  
 Proyecto: Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

**Cuadro A6.49**  
**Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia por otros compañeros de su trabajo o del trabajo de su pareja han tenido hijos con anencefalia**

Ocupación, oficio o puesto de trabajo del padre durante el PAR de su hijo con anencefalia	Otros compañeros de su trabajo o del trabajo de su pareja han tenido hijos con anencefalia		Total
	Si	no saben	
albañil		3 100.0%	3 100.0%
		50.0%	37.5%
		37.5%	37.5%
chofer trailer maquiladora	1 100.0%		1 100.0%
	50.0%		12.5%
	12.5%		12.5%
encargado mantenimiento	1 100.0%		1 100.0%
	50.0%		12.5%
	12.5%		12.5%
jornalero agrícola		2 100.0%	2 100.0%
		33.3%	25.0%
		25.0%	25.0%
pescador		1 100.0%	1 100.0%
		16.7%	12.5%
		12.5%	12.5%
Total	2 25.0%	6 75.0%	8 100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%
	25.0%	75.0%	100.0%

**Fuente:** Entrevista a progenitores de casos de anencefalia realizadas en octubre-noviembre de 2005.

**Proyecto:** Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia (estudio exploratorio: Baja California 1998-2004)

ANEXO B  
(FIGURAS)

FIGURA 1  
ANENCEFALIA EN BAJA CALIFORNIA POR  
RESIDENCIA DE PROGENITORES  
(1998-2004)

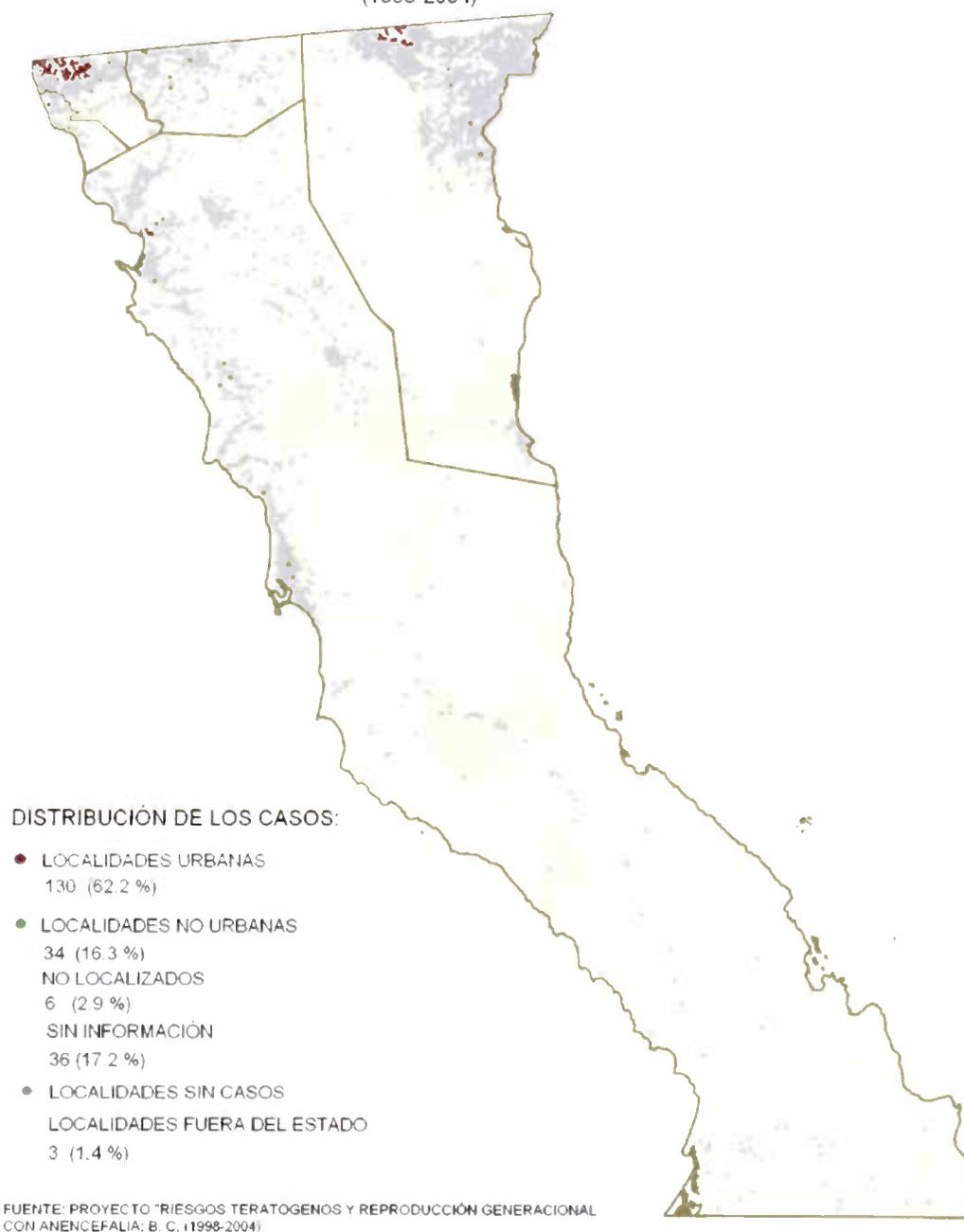


FIGURA 3  
ANENCEFALIA EN LOCALIDADES NO URBANAS DE TIJUANA POR RESIDENCIA DE PROGENITORES  
(1998-2004)

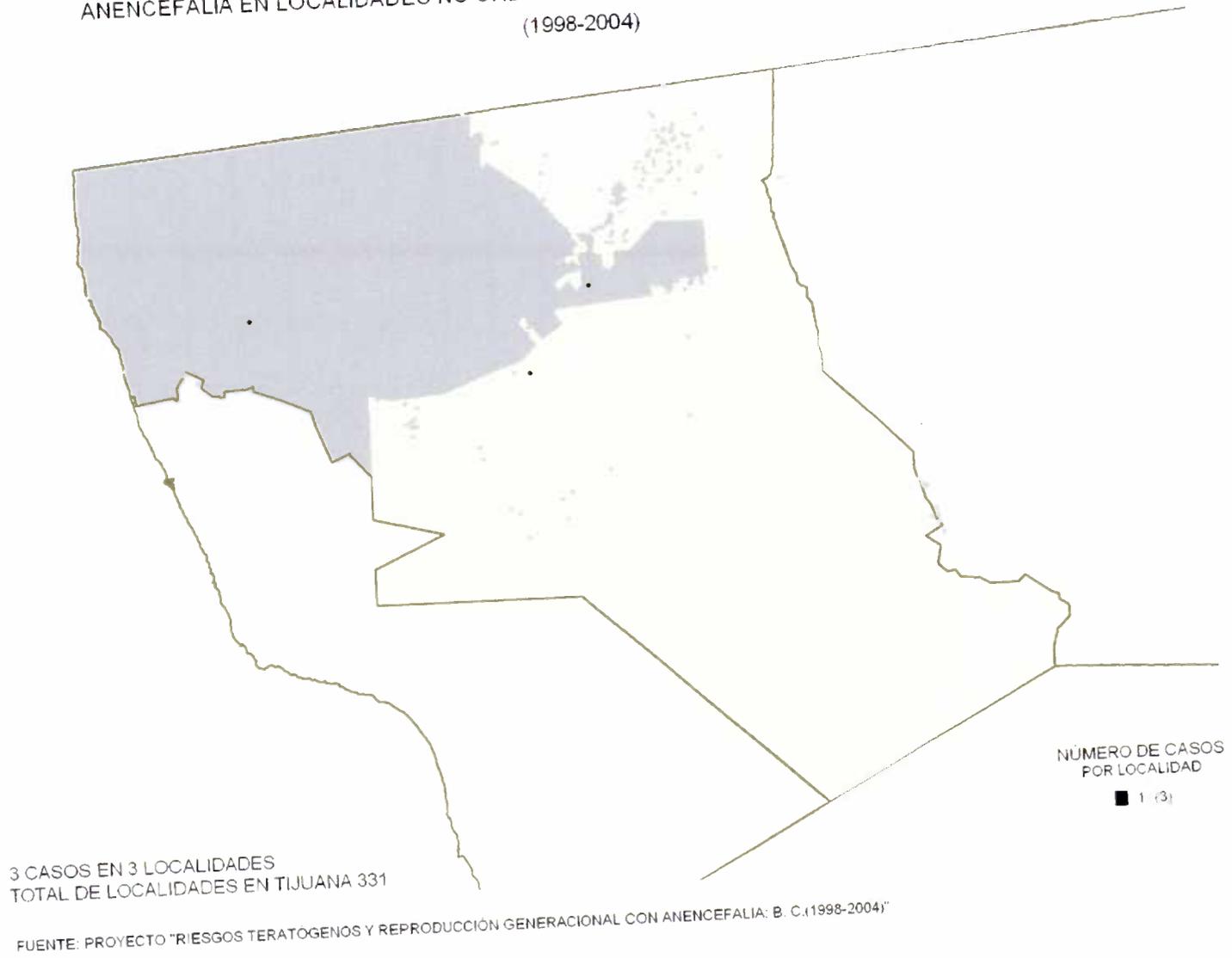


FIGURA 4  
ANENCEFALIA EN LA LOCALIDAD URBANA DE ROSARITO  
POR RESIDENCIA DE PROGENITORES  
(1998-2004)



3 CASOS LOCALIZADOS EN 1 COLONIA  
TOTAL DE COLONIAS EN ROSARITO 76

NÚMERO DE CASOS  
POR COLONIAS  
■ 3 (1)

FUENTE: PROYECTO "RIESGOS TERATÓGENOS Y REPRODUCCION GENERACIONAL CON ANENCEFALIA: B. C. (1998-2004)"

FIGURA 5  
ANENCEFALIA EN LA LOCALIDAD URBANA DE TECATE POR RESIDENCIA DE PROGENITORES  
(1998-2004)



3 CASOS LOCALIZADOS EN 3 COLONIAS  
TOTAL DE COLONIAS EN TECATE 63

NÚMERO DE CASOS  
POR COLONIAS

■ 1 (3)

FUENTE: PROYECTO "RIESGOS TERATÓGENOS Y REPRODUCCION GENERACIONAL CON ANENCEFALIA: B. C. (1998-2004)"

FIGURA 6  
ANENCEFALIA EN LOCALIDADES NO URBANAS DE TECATE POR RESIDENCIA DE PROGENITORES  
(1998-2004)

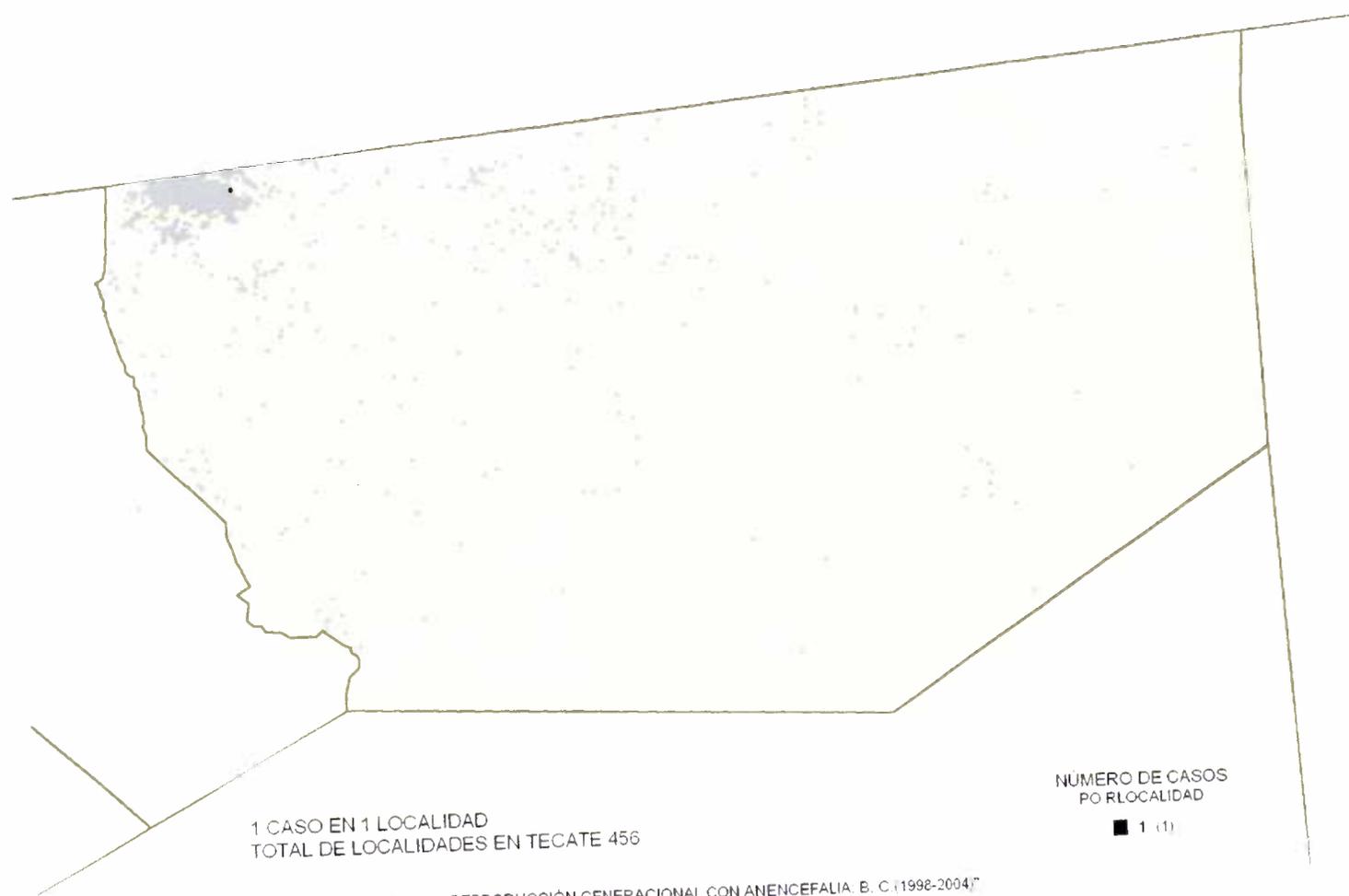
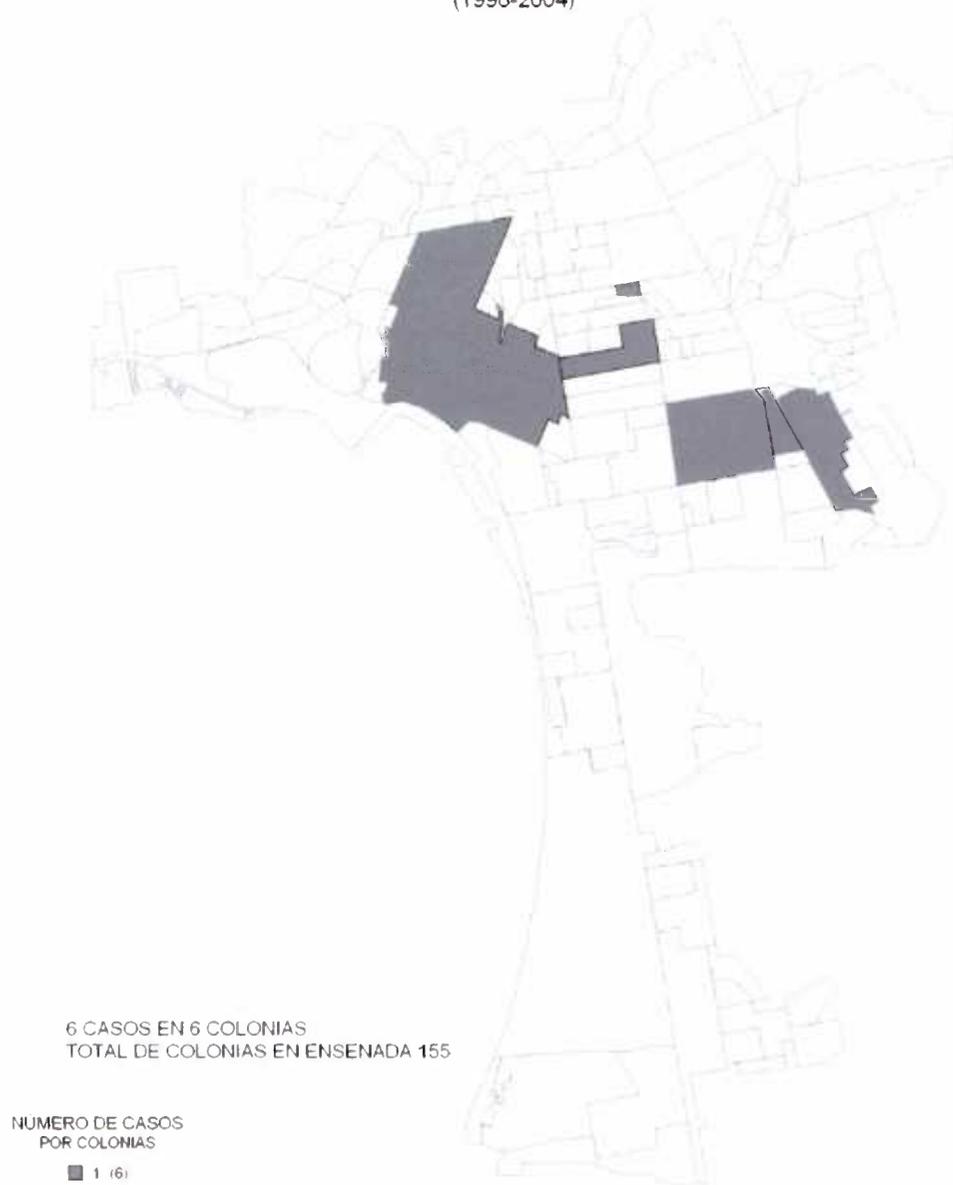
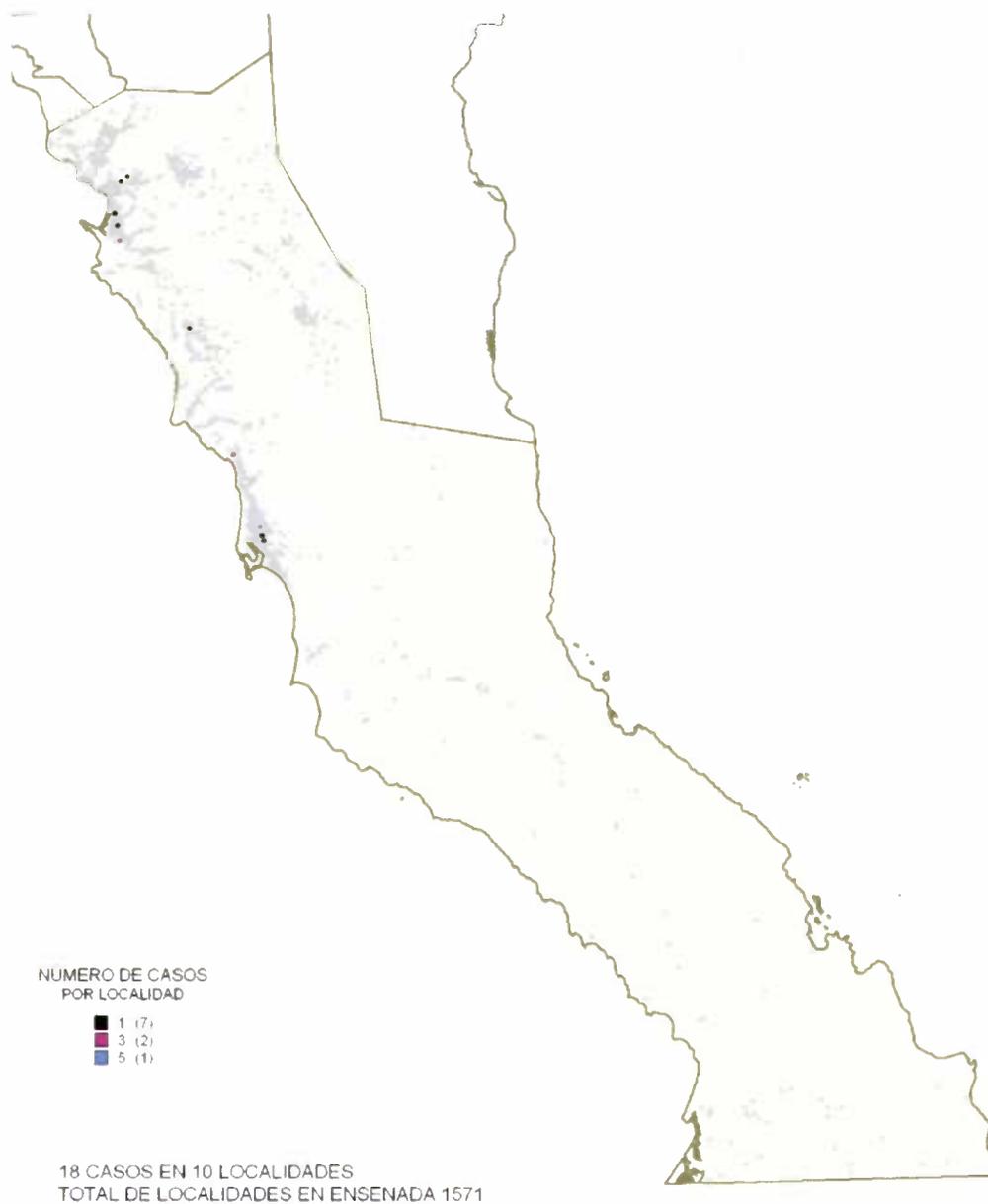


FIGURA 7  
ANENCEFALIA EN LA LOCALIDAD URBANA DE ENSENADA  
POR RESIDENCIA DE PROGENITORES  
(1998-2004)



FUENTE: PROYECTO "RIESGOS TERATÓGENOS Y REPRODUCCIÓN GENERACIONAL CON ANENCEFALIA: B. C. (1998-2004)"

FIGURA 8  
ANENCEFALIA EN LOCALIDADES NO URBANAS DE ENSENADA  
POR RESIDENCIA DE PROGENITORES  
(1998-2004)



FUENTE: PROYECTO "RIESGOS TERATOGENOS Y REPRODUCCION GENERACIONAL CON ANENCEFALIA: B. C. (1998-2004)"

FIGURA 9  
ANENCEFALIA EN LA LOCALIDAD URBANA DE MEXICALI POR RESIDENCIA DE PROGENITORES  
(1998-2004)



FUENTE: PROYECTO "RIESGOS TERATOGENOS Y REPRODUCCION GENERACIONAL CON ANENCEFALIA: B. C. (1998-2004)"

FIGURA 10  
ANENCEFALIA EN LOCALIDADES NO URBANAS DE MEXICALI  
POR RESIDENCIA DE PROGENITORES  
(1998-2004)

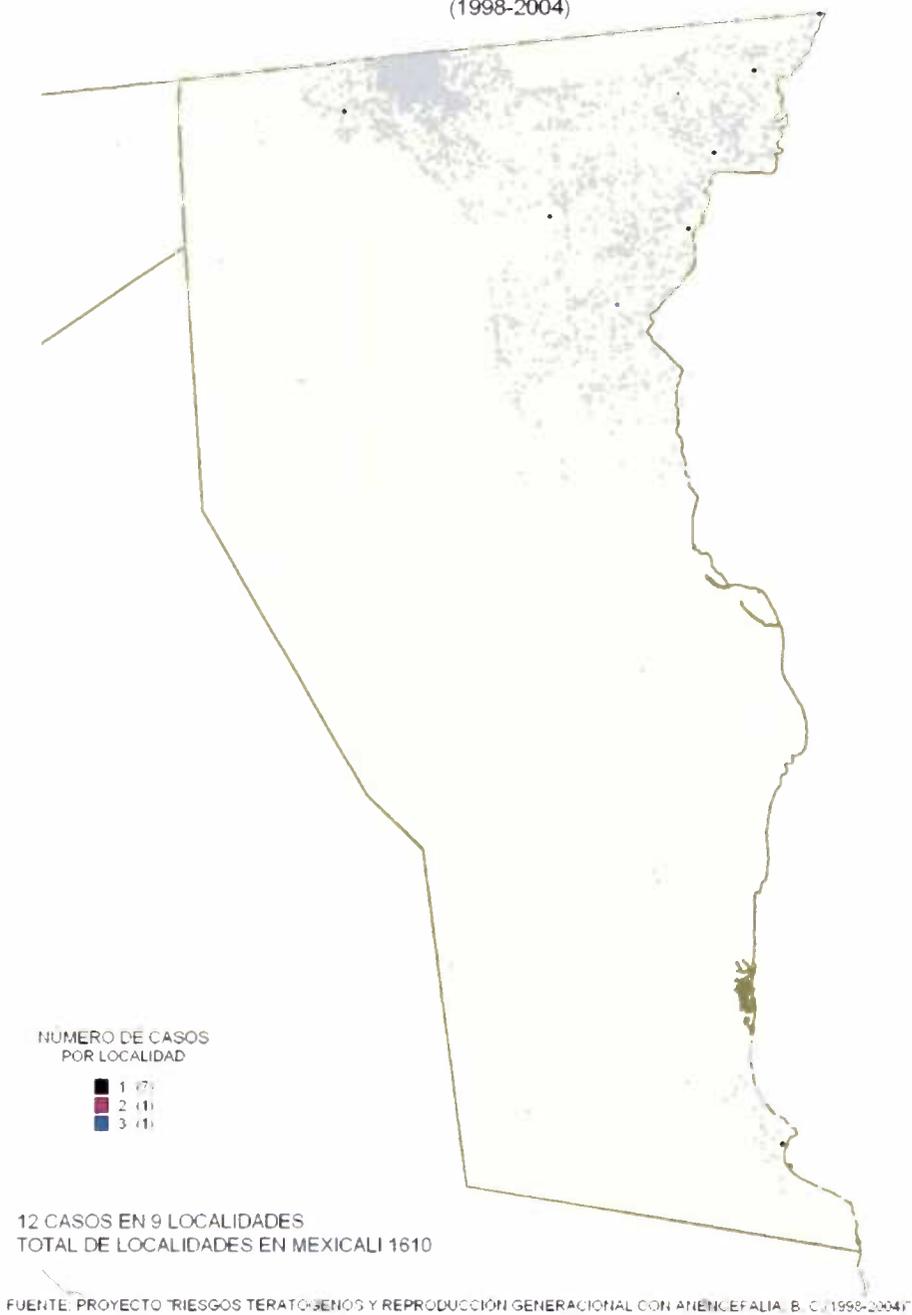
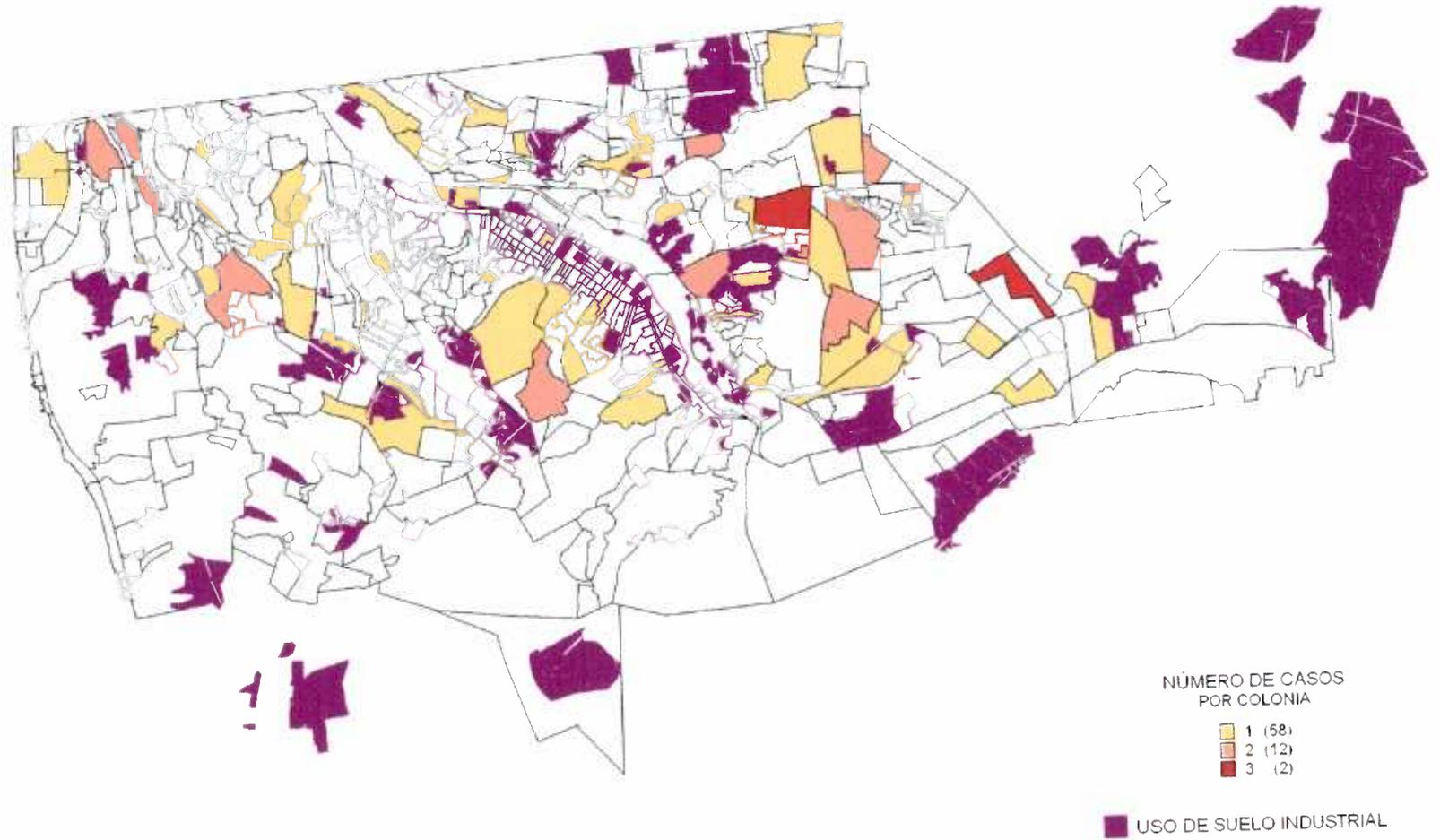


FIGURA 11  
 USO DE SUELO INDUSTRIAL Y UBICACIÓN DE ANENCEFALIA POR COLONIA  
 (TIJUANA, B.C. 1998-2004)



FUENTE: PROYECTO "RIESGOS TERATOGENOS Y REPRODUCCION GENERACIONAL CON ANENCEFALIA: B. C. (1998-2004)"

FIGURA 12  
USO DE SUELO INDUSTRIAL Y UBICACIÓN DE ANENCEFALIA POR COLONIA  
(ROSARITO, B.C. 1998-2004)

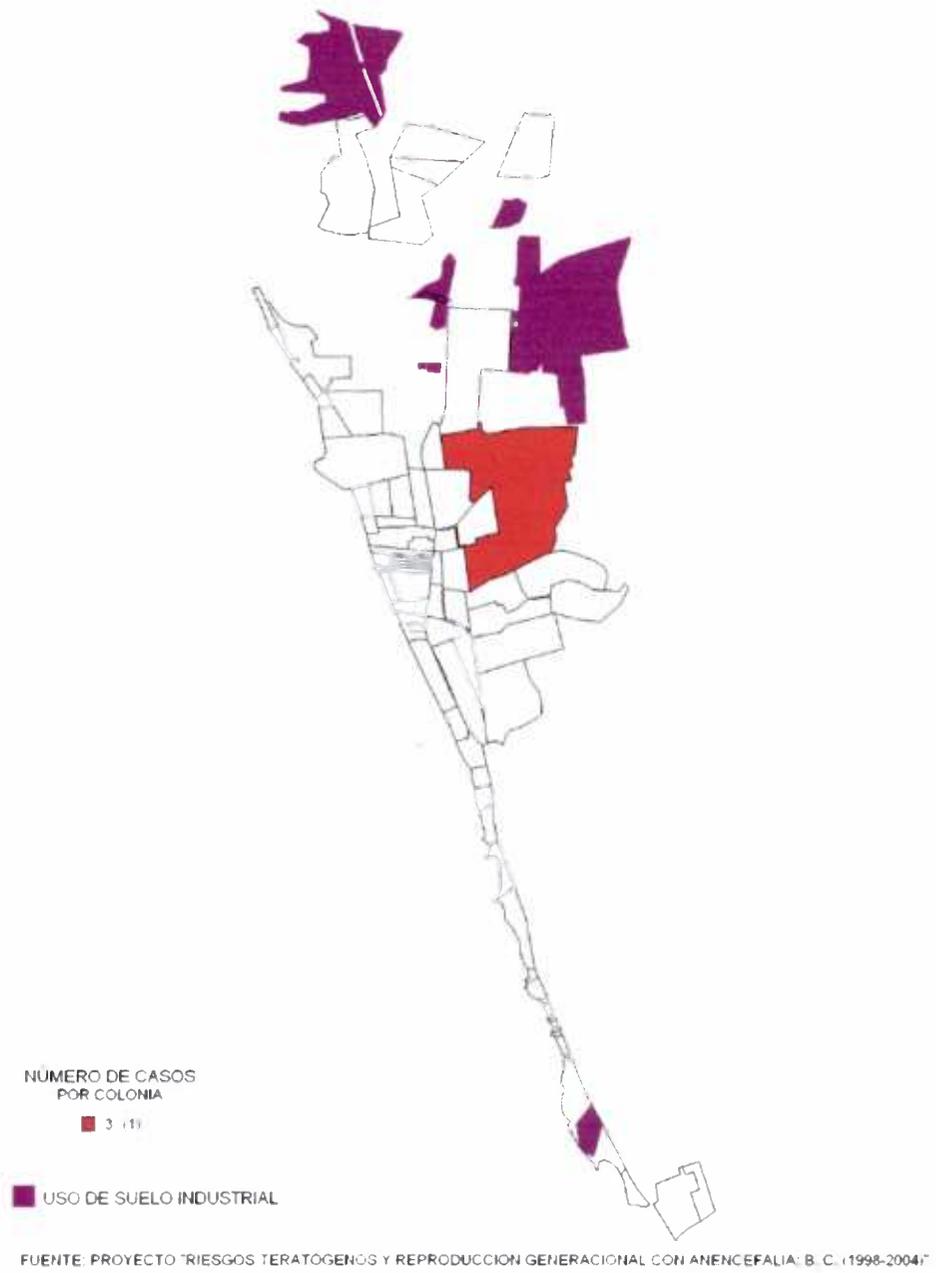
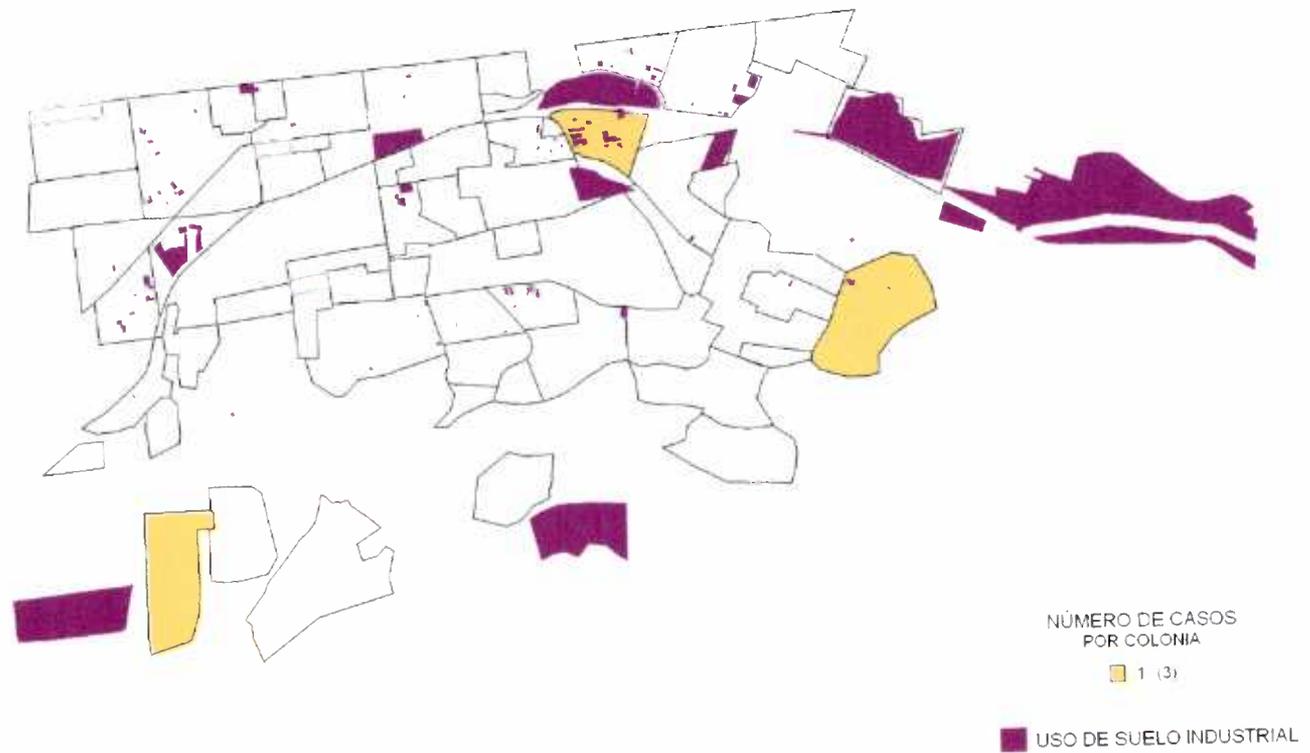
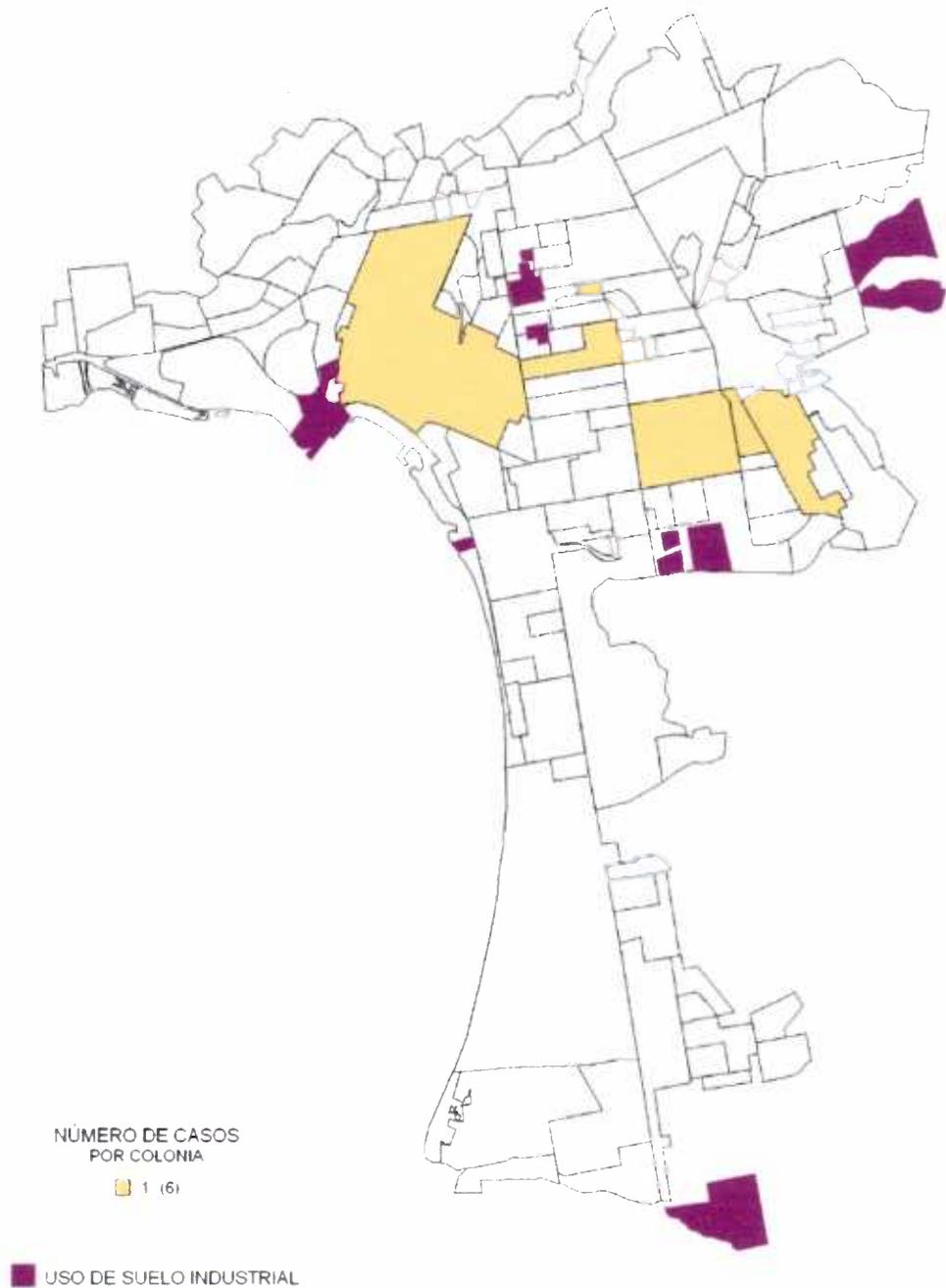


FIGURA 13  
USO DE SUELO INDUSTRIAL Y UBICACIÓN DE ANENCEFALIA POR COLONIA  
(TECATE, B.C. 1998-2004)



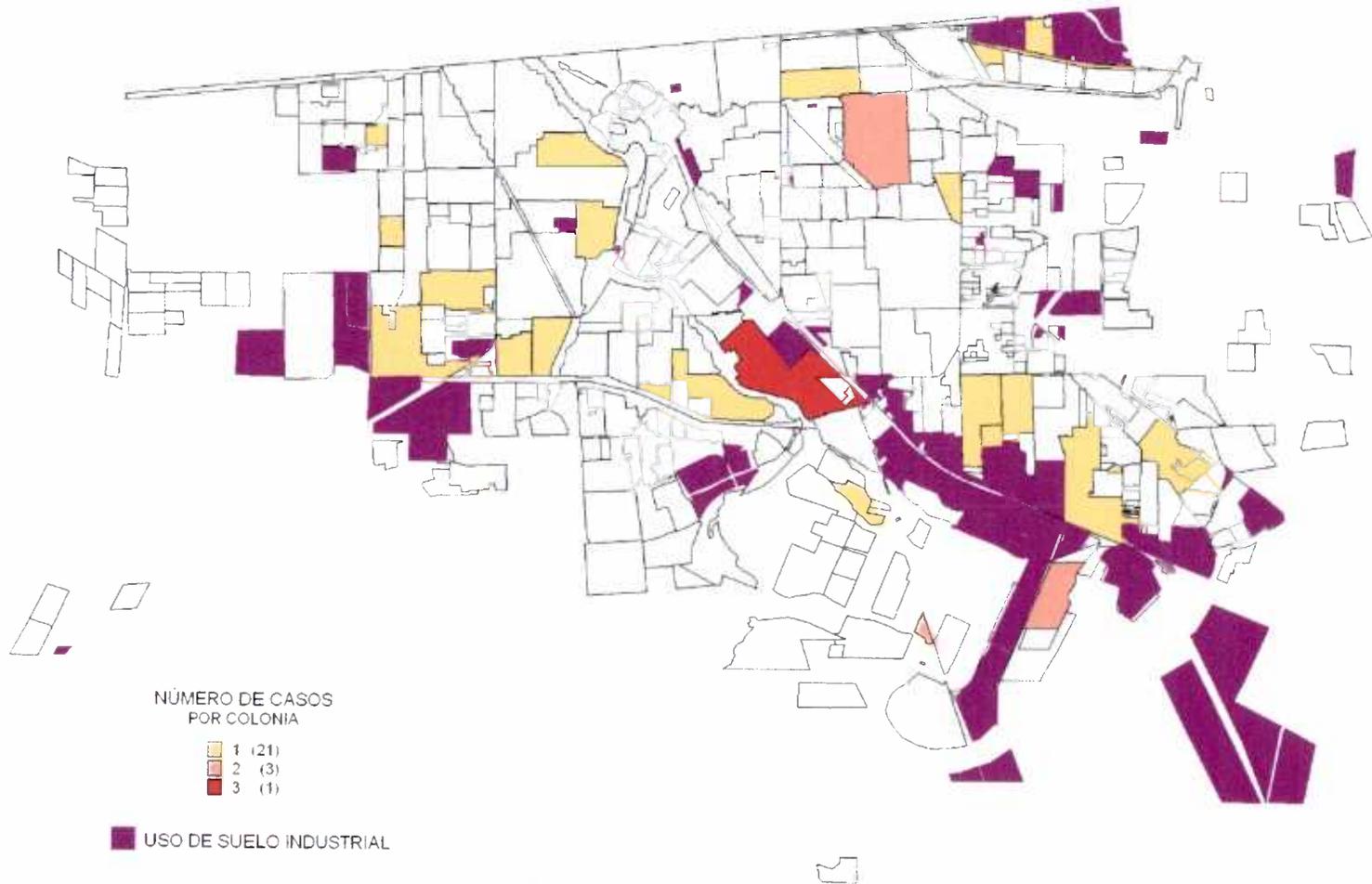
FUENTE: PROYECTO "RIESGOS TERATÓGENOS Y REPRODUCCIÓN GENERACIONAL CON ANENCEFALIA: B. C. (1998-2004)"

FIGURA 14  
USO DE SUELO INDUSTRIAL Y UBICACIÓN DE ANENCEFALIA POR COLONIA  
(ENSENADA, B.C. 1998-2004)



FUENTE: PROYECTO "RIESGOS TERATÓGENOS Y REPRODUCCIÓN GENERACIONAL CON ANENCEFALIA: B. C. (1998-2004)"

FIGURA 15  
 USO DE SUELO INDUSTRIAL Y UBICACIÓN DE ANENCEFALIA POR COLONIA  
 (MEXICALI, B.C. 1998-2004)



FUENTE: PROYECTO "RIESGOS TERATÓGENOS Y REPRODUCCION GENERACIONAL CON ANENCEFALIA: B. C. (1998-2004)"

**ANEXO C**  
**(CÉDULA DE ENTREVISTA Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO**  
**INFORMADO)**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
APLICADAS (2002-2005)  
COLEGIO DE LA FRONTERA NORTE Y UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
BAJA CALIFORNIA**

**PROYECTO DE TESIS: RIESGOS TERATÓGENOS Y REPRODUCCIÓN  
GENERACIONAL CON ANENCEFALIA**

Esta entrevista está dirigida a madres y padres que tuvieron hijos con anencefalia en Baja California, durante el periodo 1998-2004. Su objetivo es indagar la mayoría<sup>1</sup> de riesgos teratogénos que pudieron haber estado presentes tanto en el trabajo como en la cotidianidad, de la madre y el padre citados, durante el periodo agudo de riesgo (PAR). La entrevista se estructura a partir de datos generales del padre y la madre; nivel socioeconómico, antecedentes laborales y reproductivos, entre otros. De ahí, se le pide a los informantes ubicar en el tiempo el periodo agudo de riesgo (PAR) del hijo con anencefalia y se procede a efectuar las preguntas correspondientes a las ocupaciones desarrolladas por ellos durante ese periodo, enfatizando la exposición a riesgos. Seguidamente, se procede de manera análoga con el hijo sano (si es que lo hubo).

**Tesista:** Silvia Leticia Figueroa Ramírez, Instituto de investigaciones sociales de la UABC, Blvd. Benito Juárez s/n., Edificio de Posgrado, Unidad Universitaria, Mexicali, B. C. Telfax: (686) 5-66-29-85 Ext. 120 y 5-66-75-75; correo electrónico: lfiguero@uabc.mx

**Nombre de quien realizó la entrevista:** \_\_\_\_\_  
**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIÓN:** El entrevistador debe realizar descripción de la vivienda y del lugar donde está ubicada, destacando cercanía de la vivienda a riesgos ambientales como canales de aguas negras o residuos peligrosos, campos de cultivo, alguna (s) fuentes de trabajo como fábricas, talleres de carpintería, automotrices, herrerías, sanatorios, limpiadurías, gasolineras, etc. Asimismo, observar si los informantes tuvieron disponibilidad para la entrevista, obtener la firma de ellos para la carta de consentimiento y también lograr una vía de comunicación como la del teléfono para concertar futuros encuentros, por ejemplo, entregarles copia del producto de esta entrevista.

Céd. Núm. \_\_\_\_\_

- Informantes:**
1. se entrevistó a ambos progenitores
  2. la madre contestó por ella y por el padre del niño(a)

<sup>1</sup> Cabe señalar que el levantamiento de información se relaciona únicamente con variables sociales y en consecuencia se descartan las de tipo biogénéticas. En relación al factor hereditario, la indagación se limita a buscar antecedentes de anencefalia en el ámbito matri-patri lineal, a partir de la información de los progenitores de los casos.

**1. DATOS GENERALES DEL PADRE Y LA MADRE<sup>2</sup>**

1. El entrevistador debe ubicar el municipio de Baja California donde reside el informante 1. Tijuana 2. Mexicali 3. Ensenada 4. Tecate 5 Rosarito

2. El entrevistador debe ubicar si la persona vive en localidad urbana o rural  
urbana 2. rural

3M Edad \_\_\_\_\_

**3P Edad** \_\_\_\_\_

4M Dónde nació? \_\_\_\_\_ (se necesita que diga los pormenores del lugar donde nació, luego se ubicará el lugar como sigue:  
1. Baja California 2. otros estados del norte del país 3. centro del país 4. sur del país  
5. fuera del país.

**4P Dónde nació?** \_\_\_\_\_ (se necesita que diga los pormenores del lugar donde nació, luego se ubicará el lugar como sigue:  
1. Baja California 2. otros estados del norte del país 3. centro del país 4. sur del país  
5. fuera del país.

5M Cuántos años tiene viviendo en Baja California? \_\_\_\_\_

**5P Cuántos años tiene viviendo en Baja California?** \_\_\_\_\_

6M Qué escolaridad tiene? 1. primaria incompleta 2. primaria completa 3. secundaria incompleta 4. secundaria completa 5. preparatoria o carrera técnica incompleta 6. preparatoria o carrera técnica completa 7. licenciatura incompleta 8. licenciatura completa 8. posgrado 9. ninguna.

**6P Qué escolaridad tiene?** 1. primaria incompleta 2. primaria completa 3. secundaria incompleta 4. secundaria completa 5. preparatoria o carrera técnica incompleta 6. preparatoria o carrera técnica completa 7. licenciatura incompleta 8. licenciatura completa 8. posgrado 9. ninguna (si ninguna, pasar a la siguiente pregunta).

7M Sabe leer y escribir? 1. sí 2. no

**7P Sabe leer y escribir?** 1. sí 2. no

**8MP**Cuál es su estado civil? 1. soltero(a) 2. casado(a) 3. divorciado(a) 4. viudo(a)  
5. unión libre.

9M ¿Pertenece a alguna comunidad indígena? 1. sí 2. no

**9P ¿Pertenece a alguna comunidad indígena? 1. sí 2. no**

**10M ¿ A cuál?:** \_\_\_\_\_

**10P ¿A cuál?** \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Las preguntas de esta sección están dirigidas tanto a la madre como al padre. Se distinguen entre sí, porque en el caso de la madre, al número de las preguntas se le agrega una M y en el del padre, una P, pero esta última se presenta en negritas. Cuando la madre o el padre indistintamente pueden contestar la pregunta, al número de ésta se le agrega MP y también se presenta en negritas.

## 2. SITUACIÓN ECONÓMICA DEL PADRE, LA MADRE Y FAMILIARES DE AMBOS

11M Cuál es su ingreso a la semana? \_\_\_\_\_

11P Cuál es su ingreso a la semana? \_\_\_\_\_

12MP Cuánto reúnen a la semana para el gasto de la familia? \_\_\_\_\_

13MP Cuántas otras personas cooperan? \_\_\_\_\_

14MP La cantidad que reúnen es suficiente para todos los gastos? 1. sí 2. no (si no, pasar a la siguiente)

15MP Cuántos adultos y niños viven en su casa? 1. Adultos \_\_\_\_\_ 2. Niños \_\_\_\_\_

16MP La casa que habita es propia? 1. sí 2. no 3. no, pero la estoy pagando 3. la rento 4. me la prestan 5. otros \_\_\_\_\_

17MP Cuántos cuartos tiene su casa sin contar pasillos ni baños? (contar la cocina como cuarto) \_\_\_\_\_

18MP En el cuarto donde cocinan también duermen? 1. sí 2. no

19MP Tienen agua entubada dentro de la vivienda? 1. sí 2. no

20MP Cómo resuelven los servicios sanitarios? 1. excusado o sanitario 2. letrina 3. otro \_\_\_\_\_

21M Cómo se transporta al trabajo? 1. auto propio 2. auto de otros 3. taxi 4. autobús 5. moto 6. bicicleta 7. otros \_\_\_\_\_ 8. no trabaja

21P Cómo se transporta al trabajo? 1. auto propio 2. auto de otros 3. taxi 4. autobús 5. moto 6. bicicleta 7. otros \_\_\_\_\_ 8. no trabaja

22M En qué trabaja o trabajaba su padre? \_\_\_\_\_

22P En qué trabaja o trabajaba su padre? \_\_\_\_\_

23M En qué trabaja o trabajaba su madre? \_\_\_\_\_

23P En qué trabaja o trabajaba su madre? \_\_\_\_\_

24M En qué trabaja o trabajaba su abuelo paterno? \_\_\_\_\_

24P En qué trabaja o trabajaba su abuelo paterno? \_\_\_\_\_

25M En qué trabaja o trabajaba su abuela paterna? \_\_\_\_\_

25P En qué trabaja o trabajaba su abuela paterna? \_\_\_\_\_

26M En qué trabaja o trabajaba su abuelo materno? \_\_\_\_\_

26P En qué trabaja o trabajaba su abuelo materno? \_\_\_\_\_

27M En qué trabaja o trabajaba su abuela materna? \_\_\_\_\_

27P En qué trabaja o trabajaba su abuela materna? \_\_\_\_\_

### 3. ANTECEDENTES LABORALES DEL PADRE Y LA MADRE

26M ¿A qué edad empezó a trabajar? \_\_\_\_\_

26P ¿A qué edad empezó a trabajar? \_\_\_\_\_

27M Favor de recordar desde su primer trabajo hasta el más actual

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27P Favor de recordar desde su primer trabajo hasta el más actual

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nota: si la persona no puede contestar la pregunta anterior porque nunca ha trabajado, suspender las siguientes preguntas de esta sección.**

28M ¿Dónde ha trabajado con más frecuencia? 1. maquiladoras \_\_\_\_\_

2. otras empresas manufactureras \_\_\_\_\_ 3. comercio

\_\_\_\_\_ 4. limpiadurías 5. herrerías 6.

cerrajerías 7. fumigaciones 8. talleres mecánicos, 9. talleres eléctricos-electrónicos 10.

gasolineras 11. clínicas u hospitales 12. centros radiológicos 13. estéticas 14. servicios

de limpieza 15. laboratorios químicos 16. en la construcción 17. carpinterías 18.

instituciones de gobierno 19. campos de cultivo 20. por su cuenta (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 21. otras \_\_\_\_\_

28P ¿Dónde ha trabajado con más frecuencia? 1. maquiladoras \_\_\_\_\_

2. otras empresas manufactureras \_\_\_\_\_ 3. comercio

\_\_\_\_\_ 4. limpiadurías 5. herrerías 6.

cerrajerías 7. fumigaciones 8. talleres mecánicos, 9. talleres eléctricos-electrónicos 10.

gasolineras 11. clínicas u hospitales 12. centros radiológicos 13. estéticas 14. servicios

de limpieza 15. laboratorios químicos 16. en la construcción 17. carpinterías 18.

instituciones de gobierno 19. campos de cultivo 20. por su cuenta

(especifique) \_\_\_\_\_ 21. otras \_\_\_\_\_

29M Dónde ha durado más? \_\_\_\_\_

29P Dónde ha durado más? \_\_\_\_\_

30M ¿Cuánto duró (ha durado)? \_\_\_\_\_

30P ¿Cuánto duró (ha durado)? \_\_\_\_\_

31M ¿Qué actividades ha realizado durante los últimos siete años (1998-2004) que haya considerado peligrosas para su salud? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

31P ¿Qué actividades ha realizado durante los últimos siete años (1998-2004) que haya considerado peligrosas para su salud? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

32MP ¿En dónde tiene derecho a servicio médico? 1. Imss 2. Hospital General 3. Clínicas de Isesalud 4. Isste-Isstecali 5. Médico privado 6. otra \_\_\_\_\_  
 7. no se atendió 8. en ningún lugar

**4. PERIODO AGUDO DE RIESGO (PAR) DEL HIJO CON ANENCEFALIA; OCUPACIÓN DEL PADRE Y LA MADRE DURANTE ESE PERIODO; RIESGOS OCUPACIONALES; RIESGOS DEL MEDIO AMBIENTE; ESTADO DE SALUD DE LA MADRE Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS; INGESTA DE ÁCIDO FÓLICO.**

**4.1. UBICACIÓN DEL PAR DEL HIJO CON ANENCEFALIA**

33M En qué fecha nació su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_ (La entrevistadora conoce la respuesta, sin embargo, con la respuesta de la informante se quiere observar con qué precisión la madre recuerda la fecha que se le pregunta). También es válido que la informante busque documentos que apoyen su respuesta.

34M Qué edad gestacional tenía su hijo con anencefalia al momento del parto?  
 \_\_\_\_\_

34M(bis) Entonces, si contamos hacia atrás, la fecundación de su hijo con anencefalia se realizó en el mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

35M Luego, el PAR de su hijo con anencefalia comprendió de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

36MP ¿Durante ese periodo agudo de riesgo de su hijo con anencefalia, ustedes dónde vivían? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nota: el PAR se ubica 3 meses antes de la fecha de la concepción y tres meses después para ambos progenitores.**

**4.2. OCUPACIÓN DEL PADRE Y LA MADRE DURANTE EL (PAR) DEL HIJO CON ANENCEFALIA Y UBICACIÓN DE RIESGOS**

37M Dónde trabajó durante el periodo agudo de riesgo de su hijo con anencefalia?

1. maquiladoras \_\_\_\_\_ 2. otras empresas manufactureras \_\_\_\_\_  
 3. comercio \_\_\_\_\_ 4. limpiadurías 5. herrerías 6. cerrajerías 7. fumigaciones  
 8. talleres mecánicos, 9. talleres eléctricos-electrónicos 10. gasolineras 11. clínicas u hospitales 12. centros radiológicos 13. estéticas 14. servicios de limpieza 15. laboratorios químicos 16. en la construcción 17. carpinterías 18. instituciones de gobierno 19. campos de cultivo 20. por su cuenta (especifique) \_\_\_\_\_  
 21. otras \_\_\_\_\_ 22. No trabajó

**37P ¿Dónde trabajó durante el periodo agudo de riesgo de su hijo con anencefalia?**

- 1. maquiladoras \_\_\_\_\_ 2. otras empresas manufactureras \_\_\_\_\_
- 3. comercio \_\_\_\_\_
- 4. limpiadurías 5. herrerías 6. cerrajerías 7. fumigaciones 8. talleres mecánicos,
- 9. talleres eléctricos-electrónicos 10. gasolineras 11. clínicas u hospitales 12. centros radiológicos 13. estéticas 14. servicios de limpieza 15. laboratorios químicos 16. en la construcción 17. carpinterías 18. instituciones de gobierno 19. campos de cultivo
- 20. por su cuenta (especifique) \_\_\_\_\_ 21. otras \_\_\_\_\_
- 22. No trabajó \_\_\_\_\_

**Aquí se termina la entrevista correspondiente a esta sección, para los que no trabajaron durante el PAR del hijo con anencefalia.**

**38M** ¿Cuál es el nombre de su ocupación, oficio o puesto que tuvo durante el PAR de su hijo con anencefalia) \_\_\_\_\_

**38P** ¿Cuál es el nombre de su ocupación, oficio o puesto que tuvo durante el PAR de su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_

**39M** Favor de describir el trabajo que realizaba en esa ocupación, oficio o puesto (durante el PAR de su hijo con anencefalia) \_\_\_\_\_

**39P** Favor de describir el trabajo que realizaba en esa ocupación, oficio o puesto (durante el PAR de su hijo con anencefalia) \_\_\_\_\_

**40M** ¿Cómo era el lugar donde realizó esa ocupación? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) \_\_\_\_\_

**40P** ¿Cómo era el lugar donde realizó esa ocupación? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) \_\_\_\_\_

**41M** Cuántas horas trabajaba diario? \_\_\_\_\_ (durante el PAR de su hijo con anencefalia)

**41P** Cuántas horas trabajaba diario? \_\_\_\_\_ (durante el PAR de su hijo con “ “ )

**42M** Cuántos días trabajaba a la semana? \_\_\_\_\_ (durante el PAR de su hijo con anencef.)

**42P** Cuántos días trabajaba a la semana? \_\_\_\_\_ ( “ “ “ )

43M Con qué materiales trabajaba? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**43P Con qué materiales trabajaba? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

44M En ese trabajo, ¿qué le preocupaba en relación a su salud?(durante el PAR de su hijo con anencefalia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**44P En ese trabajo, ¿qué le preocupaba en relación a su salud? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

45M En ese trabajo, qué sustancias peligrosas para la salud utilizaba?

\_\_\_\_\_

**45P En ese trabajo, qué sustancias peligrosas para la salud utilizaba?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**46M y 46P** De las sustancias y metales siguientes, ¿reconoce algunos con los que haya trabajado? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) Nota: el informante puede leer el listado.

acrilonitrilo	1. sí 2. no	1. sí 2. no
Antimonio (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
arsénico (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
bayletón	1. sí 2. no	1. sí 2. no
benlato	1. sí 2. no	1. sí 2. no
benzo(a)pireno	1. sí 2. no	1. sí 2. no
cadmio (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
carbaril	1. sí 2. no	1. sí 2. no
clorodifluorometano	1. sí 2. no	1. sí 2. no
cloropreno	1. sí 2. no	1. sí 2. no
cloruro de vinilo	1. sí 2. no	1. sí 2. no
cromo (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
dibromuro de etileno	1. sí 2. no	1. sí 2. no
dietilestilbestrol	1. sí 2. no	1. sí 2. no
endrín	1. sí 2. no	1. sí 2. no
éteres de glicol	1. sí 2. no	1. sí 2. no
ftalatos (algunos butilos)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
hexaclorofeno	1. sí 2. no	1. sí 2. no
mercurio (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no

metacrilatos (algunos)	1.sí 2. no	1.sí 2.no
metil etil cetona	1.sí 2. no	1.sí 2.no
metilformamida	1.sí 2.no	1.sí 2.no
óxido de etileno	1.sí 2. no	1.sí 2.no
plomo	1.sí 2. no	1.sí 2.no
telurio (metal)	1.sí 2.no	1.sí 2.no
tiram	1. sí 2. no	1.sí 2.no
TOK <sup>3</sup>	1. sí 2. no	1.sí 2.no
tolueno	1. sí 2. no	1.sí 2.no
tricloroetano	1. sí 2. no	1.sí 2.no
tíner	1. sí 2. no	1.sí 2.no
estaño (metal)	1. sí 2. no	1.sí 2.no
acetona	1. sí 2. no	1.sí 2.no
Rosin flux	1. sí 2. no	1.sí 2.no
Bifenoles policlorinados (DBCP)	1.sí 2. no	1.sí 2. no
solventes <sup>4</sup>	1.sí 2. no	1.sí 2. no
plaguicidas	1.sí 2. no	1.sí 2. no
vanadio (metal)	1. sí 2.no	1.sí 2. no
zinc (metal)	1.sí 2.no	1.sí 2. no

47M En su trabajo, utilizó soldadura? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)

1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**47P En su trabajo, utilizó soldadura? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)**

1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

48M Cuántas horas diarias? 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas  
4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

**48P Cuántas horas diarias?** 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas

4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

49M En su trabajo, utilizó pegamentos? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)

1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**49P En su trabajo, utilizó pegamentos? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)**

1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

50M Cuántas horas diarias? 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas  
4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

**50P Cuántas horas diarias?** 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas

4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

51M En su trabajo, utilizó solventes? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)

1. sí 2.no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**51P En su trabajo, utilizó solventes? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)**

1. sí 2.no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

52M Cuántas horas diarias? 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas

4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

<sup>3</sup>(2,4-diclorofenil-*p*-nitrofenileter)

<sup>4</sup> Se incorpora independientemente de que están enlistados otros solventes.

**52P Cuántas horas diarias?** 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas  
4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

53M En su trabajo, utilizó pinturas? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)  
1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**53P En su trabajo, utilizó pinturas? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)**  
1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

54M Cuántas horas diarias? 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas  
4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

**54P Cuántas horas diarias?** 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas  
4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

55M En su trabajo, utilizó epoxy? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)  
1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**55P En su trabajo, utilizó epoxy? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)**  
1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

56M Cuántas horas diarias? 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas  
4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

**56P Cuántas horas diarias?** 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas  
4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

57M ¿En su trabajo estuvo cerca de plaguicidas, pesticidas o fungicidas como el paratión, malatión, carbaril, etc.? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no  
3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**57P ¿En su trabajo estuvo cerca de plaguicidas, pesticidas o fungicidas como el paratión, malatión, carbaril, etc.? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)**  
1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

58M Cuántas horas diarias? 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas  
4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- 0 horas 7. el informante no supo contestar por el otro

**58P Cuántas horas diarias?** 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas  
4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- 0 horas 7. el informante no supo contestar por el otro.

59M Trabajó directamente con algún plaguicida, pesticida o fungicida como el paratión, malatión, carbaril, etc.? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no  
3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**59P Trabajó directamente con algún plaguicida, pesticida o fungicida como el paratión, malatión, carbaril, etc.? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)**  
1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

60M En su trabajo, ¿estuvo expuesta a rayos X? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**60P En su trabajo, ¿estuvo expuesto a rayos X? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

61M ¿Cómo se daba la exposición? \_\_\_\_\_

61P ¿Cómo se daba la exposición? \_\_\_\_\_

62M En su trabajo, estuvo expuesta a bomba de cobalto? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**62P En su trabajo, estuvo expuesto a bomba de cobalto? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

63M Cómo se daba la exposición? \_\_\_\_\_

63P **Cómo se daba la exposición?** \_\_\_\_\_

64M En su trabajo, ¿estuvo expuesta a calor excesivo por hornillas, hornos, crisoles u otras fuentes de calor? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no

3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**64P En su trabajo, ¿estuvo expuesto a calor excesivo por hornillas, hornos, crisoles u otras fuentes de calor? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. sí 2. no

3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

65M Cuántas horas diarias? 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas

4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

**65P Cuántas horas diarias?** 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas

4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

66M En su trabajo, ¿estuvo expuesta a olores intensos de sustancias, gases y/o pegamentos? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no 3. no

trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**66P En su trabajo, ¿estuvo expuesto a olores intensos de sustancias, gases y/o pegamentos? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. sí 2. no 3. no trabajó

4. el informante no supo contestar por el otro

67M Cuántas horas diarias? 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas

4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

**67P Cuántas horas diarias?** 1.- de 1-2 horas 2.- de 3-4 horas 3.- de 5-6 horas

4.- de 7-8 horas 5.- 9 horas o más 6.- no corresponde

68M En su trabajo, ¿cuál de los malestares siguientes llegó a sentir? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. dolores de cabeza 2. náuseas 3.vómitos 4.mareos 5. somnolencia 6. depresión 7.fatiga 8.lenguaje cercenado 9. pérdida del equilibrio 10.desorientación 11. pérdida del conocimiento 12. falta de respiración (depresión respiratoria) 13. otros \_\_\_\_\_ 14. ninguno 15. no sabe 16. no trabajó

**68P En su trabajo, ¿cuál de los malestares siguientes llegó a sentir? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. dolores de cabeza 2. náuseas 3.vómitos 4.mareos 5. somnolencia 6. depresión 7.fatiga 8.lenguaje cercenado 9. pérdida del equilibrio

10.desorientación 11. pérdida del conocimiento 12. falta de respiración (depresión respiratoria) 13. otros \_\_\_\_\_ 14. ninguno 15. no sabe 16. no trabajó

69M ¿A qué lo atribuyó? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

69P¿A qué lo atribuyó? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)

---



---

70M En su área de trabajo, ¿había extractores con capacidad suficiente para mantener un medio ambiente saludable? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**70P En su área de trabajo, ¿había extractores con capacidad suficiente para mantener un medio ambiente saludable? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

71M Había ventilación adecuada? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)

1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**71P Había ventilación adecuada?(durante el PAR de su hijo con anencefalia)**

1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

72M En su trabajo, llegó a sentir los efectos de alguna fuga de tóxicos (gases, sustancias como cloro, amoníaco, solventes)? (durante el PAR de su hijo con anencefalia). Puede platicar esa experiencia, decir de qué era la fuga y qué le pasó? 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**72P En su trabajo, llegó a sentir los efectos de alguna fuga de tóxicos (gases, sustancias como cloro, amoníaco, solventes)? (durante el PAR de su hijo con anencefalia). Puede platicar esa experiencia y decir qué le pasó?** 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

73M Del equipo de protección siguiente, ¿cuál ha utilizado, cuándo y para qué? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)

Mascarilla 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Guantes 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Lentes 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Botas 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Mandil 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Otros 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**73P Del equipo de protección siguiente, cuál ha utilizado y para qué? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)**

Mascarilla 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Guantes 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Lentes 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Botas 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Mandil 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

Otros 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

74M ¿En su trabajo acostumbraba lavar sus manos antes de ir al baño? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**74P ¿En su trabajo acostumbraba lavar sus manos antes de ir al baño? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

75M ¿En su trabajo acostumbraba lavar sus manos antes de comer? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

75P **¿En su trabajo acostumbraba lavar sus manos antes de comer? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

76M ¿En su trabajo acostumbraba comer sus alimentos sobre su mesa de trabajo o si trabajaba en el campo, entre los plantíos? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

76P **¿En su trabajo acostumbraba comer sus alimentos sobre su mesa de trabajo o si trabajaba en el campo, entre los plantíos? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

77MP **La ropa de trabajo se lavaba en su casa? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)** 1. sí 2. no 3. no trabajó

78M ¿Cuántos meses trabajó durante el embarazo de su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_

79M ¿Qué otros trabajos realizaba o realiza en sus tiempo libres? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) \_\_\_\_\_

79P **¿Qué otros trabajos realizaba o realiza en sus tiempos libres?** \_\_\_\_\_

#### 4.3. RIESGOS DEL MEDIO AMBIENTE DURANTE EL (PAR) DEL HIJO CON ANENCEFALIA

80MP ¿De las siguientes fuentes de contaminación ambiental, de cuáles estaba cerca su vivienda durante el PAR de su hijo con anencefalia? (la cercanía considera de 1 a 5 cuabras de distancia)

1. fábricas, parques industriales 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_

2. establecimientos que ofrecen servicios de: limpiaduría, herrería, carrocería carpintería, pintura, electricidad, mecánicos, imprentas, laboratorios químicos, sanatorios, clínicas de rayos x, cobalto, funerarias, salones de belleza, gasolineras, etc.

1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_

3. geotérmicas 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_

4. termoeléctricas 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_

5. subestaciones eléctricas 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_

6. incineradores 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_

7. campos de cultivo donde fumigan 1. sí 2. no \_\_\_\_\_

8. canales con residuos peligrosos 1. sí 2. no \_\_\_\_\_

9. basureros 1. sí 2. no \_\_\_\_\_

10. confinamiento de residuos peligrosos 1. sí 2. no \_\_\_\_\_

11. pozos petroleros o refinerías del petróleo 1. sí 2. no \_\_\_\_\_

**81MP** ¿A qué distancia estaba su vivienda de la fuente de contaminación que mencionó? 1. \_\_\_\_\_ mts. 2. no mencioné

**82M** Llegó a sentir molestias por olores que llegaban hasta su casa?  
1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**82P** Llegó a sentir molestias por olores que llegaban hasta su casa?  
1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

**83M** Qué molestias? \_\_\_\_\_

**83P** Qué molestias? \_\_\_\_\_

**84MP** Durante el PAR de su hijo con anencefalia, hubo alguna fuga de sustancias peligrosas que haya llegado hasta su vivienda? 1. sí 2. no

**85M** Qué le sucedió? \_\_\_\_\_

**85P** Qué le sucedió? \_\_\_\_\_

**86M** ¿A qué distancia estaba su vivienda de su trabajo? (durante el PAR de su hijo con anencefalia \_\_\_\_\_ mts.

**86P** ¿A qué distancia estaba su vivienda de su trabajo? (durante el PAR de su hijo con anencefalia \_\_\_\_\_ mts.

**87MP** ¿Bebían agua de pozo? 1. sí 2. no (durante el PAR de su hijo con anencefalia)

**88MP** ¿Bebían agua de la llave? 1. sí 2. no (durante el PAR de su hijo con anencefalia)

**89MP** ¿Utilizaron leña para cocinar o calentar la vivienda? (durante el PAR de su hijo con anencefalia 1. sí 2. no

**90MP** Utilizaron estufa de petróleo? 1. sí 2. no

**91MP** Cocinaban en cazuelas y ollas de barro? 1. sí 2. no

**92MP** ¿Almacenaban agua en baldes o tambos que hubieran contenido plaguicidas u otras sustancias tóxicas? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no

**93MP** ¿Almacenaban algún fumigante en su vivienda? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no

#### 4.4. ESTADO DE SALUD DE LA MADRE; CONSUMO DE MEDICAMENTOS, VITAMINAS Y ÁCIDO FÓLICO, DURANTE EL (PAR) DEL HIJO CON ANENCEFALIA

##### 4.4.1. Diabetes

94M ¿Tenía diabetes durante el PAR de su hijo con anencefalia? 1. sí 2. no 3. no sé (si sí, pasar a la siguiente)

95M ¿Qué medicamentos tomó o se aplicó para la diabetes? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. \_\_\_\_\_ 2. no recuerdo

##### 4.4.2. Epilepsia

96M ¿Tuvo epilepsia durante el PAR de su hijo con anencefalia?  
1. sí 2. no

97M ¿Qué medicamentos tomó para la epilepsia durante el PAR de su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_

##### 4.4.3. Cáncer

98M ¿Tuvo cáncer durante el periodo agudo de riesgo de su hijo con anencefalia?  
1. sí 2. no

99M ¿Qué medicamentos tomó o le aplicaron para controlar el cáncer durante el periodo agudo de riesgo de su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (la ciclofosfamida podría haber sido uno de los medicamentos).

100M ¿Qué tratamientos recibió para controlar el cáncer? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. quimioterapia 2. radioterapia 3. otros \_\_\_\_\_ 4. no corresponde.

##### 4.4.4. Enfermedades virales y contagiosas

101M ¿Qué enfermedades virales como la rubéola y la varicela tuvo durante el PAR de su hijo con anencefalia? 1. rubeola 2. varicela 3. otras \_\_\_\_\_ 4. ninguna

102M ¿Tuvo diarrea durante el PAR de su hijo con anencefalia? 1. sí 2. no

103M ¿Utilizó medicina para controlar la diarrea? 1. sí 2. no 3. no corresponde

104M ¿Durante el PAR de su hijo con anencefalia se contagió de alguna otra enfermedad? 1. sí 2. no (si sí, pasar a las dos siguientes)

105M ¿De cuál? \_\_\_\_\_

106M ¿Qué medicamentos tomó para esa enfermedad? \_\_\_\_\_

107M ¿Qué otros medicamentos tomó durante el PAR de su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_

#### 4.4.5. Obesidad, dietas para adelgazar, anemia, estrés, hipertermia, anestésicos, diuréticos

108M ¿Durante el periodo agudo de riesgo PAR de su hijo con anencefalia, tenía sobrepeso? 1. sí 2. no

109. Opinión del entrevistador sobre el peso de la madre: 1. obesa 2. peso regular  
3. peso normal 4. delgada

110M ¿Durante el PAR de su hijo con anencefalia se puso a dieta para adelgazar?  
1. sí 2. no

111M ¿Tomó algún medicamento que le quitara el hambre? 1. sí 2. no

112M ¿La dieta fue baja en azúcares? 1. sí 2. no

113M ¿Llegó a tener anemia? (durante el PAR de su hijo con anencefalia) 1. sí 2. no

114M Llegó a sentir estrés intenso durante el PAR de su hijo con anencefalia?  
1. sí 2. no

115M Puede describir su estrés (mortificación, preocupación intensa) durante el PAR de su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

116M ¿Durante el PAR de su hijo con anencefalia, ¿se llegó a bañar en tina con agua muy caliente o en aguas termales o en jacuzzi? 1. sí 2. no

117M ¿Le aplicaron alguna anestesia? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)  
1. sí 2. no

118M Tomó diuréticos para poder orinar? (durante el PAR de su hijo con anencefalia)  
1. sí 2. no

#### 4.4.6. Vitaminas B12 y A

119M Durante el embarazo de su hijo con anencefalia ¿tomó vitamina B12? 1. sí 2. no  
3. no sabe

120M Durante el embarazo de su hijo con anencefalia ¿tomó vitamina A? 1. sí 2. no  
3. no sabe

#### 4.4.7. Ácido fólico

121M ¿Tomó ácido fólico durante el PAR de su hijo con anencefalia? (puede que también lo reconozca como "caltrete + D") 1. sí 2. no

122M ¿Quién se lo recomendó? \_\_\_\_\_

123M ¿Se acuerda de la dosis? 1. sí \_\_\_\_\_ 2. no (la dosis recomendada es de 400 microgramos diarios) 3. no corresponde

124M ¿Después del nacimiento de su hijo con anencefalia, ¿le recomendaron tomar más cantidad de ácido fólico? 1. sí 2. no 3. no corresponde

125M ¿Quién le hizo la recomendación? 1. médico 2. amigas 3. familiares 4. otros \_\_\_\_\_  
5. no corresponde

126M ¿Qué dosis le dijeron que tomara? \_\_\_\_\_ (la dosis recomendada es de 4 miligramos de ácido fólico al día)

127M ¿Para qué le dijeron que servía? \_\_\_\_\_

128M ¿Acostumbra comer hígado y carnes de pollo, de res y de puerco?  
1. sí 2. no

129M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

130M ¿Acostumbra comer acelgas, quelite, espinacas, lechuga, brócoli? 1. sí 2. no

131M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

132M ¿Acostumbra comer naranja, plátano y otras frutas? 1. sí 2. no

133M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

134M ¿Acostumbra comer trigo, nueces y avellanas? 1. sí 2. no

135M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

136M ¿Acostumbra comer cereales por ej. corn flakes? 1. sí 2. no

137M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

138M ¿Acostumbra comer hongos del maíz? 1. sí 2. no

139M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

140M ¿Acostumbra comer tortillas de maíz? 1. sí 2. no

141M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

142M Los alimentos anteriores los acostumbraba comer desde cuando estuvo en el periodo agudo de riesgo (PAR) de su hijo con anencefalia? 1. sí 2. no

143M Consumía menos cantidad de alimentos que los demás familiares durante el PAR de su hijo con anencefalia? 1. sí 2. no 3. igual que los demás (sí sí, la siguiente)

144M Por qué? \_\_\_\_\_

145M Qué alimentos ha comido hoy? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **4.5. OTROS RIESGOS TERATÓGENOS DURANTE EL PAR DEL HIJO CON ANENCEFALIA**

##### **4.5.1. Consanguinidad.**

146MP Existe parentesco entre usted y la pareja con la que tuvo su hijo con anencefalia  
1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

147MP ¿Qué parentesco? 1. hermanos 2. primos 3. tíos 4. otros \_\_\_\_\_ 5. ninguno

##### **4.5.2. Antecedentes de anencefalia en familiares del padre y la madre (para este punto ver apartado sobre “Antecedentes de reproducción maternos (...))”**

##### **4.5.3. Hidramnios**

148M ¿Durante el embarazo de su hijo con anencefalia llegó a tener exceso de agua (líquido amniótico) en el vientre? 1. sí 2. no

##### **4.5.4. Antecedentes gemelares**

149M ¿Ha habido gemelos en su familia 1. sí 2. no (pasar a la número \_\_\_\_)

150M ¿Usted ha tenido gemelos? 1. sí 2. no

151M ¿Su hijo con anencefalia era gemelo? 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

152M ¿Si su hijo con anencefalia era gemelo, su hermanito (a) también tenía anencefalia? 1. sí 2. no

##### **4.5.5. Ovulación inducida y fertilización in vitro (inseminación artificial)**

153M ¿El embarazo de su hijo con anencefalia ¿fue producto de inseminación artificial?  
1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

154M ¿Antes de embarazarse de su hijo con anencefalia le dieron medicamentos para prepararla para la inseminación artificial?(durante el PAR del hijo con anencefalia)  
1. sí 2. no 3. no corresponde

##### **4.5.6. Intervalo entre la terminación del embarazo previo inmediato o cuando éste fue un aborto (para este punto ver apartado sobre “Antecedentes de reproducción maternos (...))”**

##### **4.5.7. Incidencia en hijos índice y hermanos (para este punto ver apartado sobre “Antecedentes de reproducción maternos (...))”**

**5. PERIODO AGUDO DE RIESGO (PAR) DEL HIJO SANO; OCUPACIÓN DEL PADRE Y LA MADRE DURANTE ESE PERIODO; RIESGOS OCUPACIONALES; RIESGOS DEL MEDIO AMBIENTE; ESTADO DE SALUD DE LA MADRE Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS;**

155M Ha tenido hijos sanos?

1. sí 2. no (si no, se suspende toda la parte del hijo sano).

**5.1. UBICACIÓN DEL PAR DEL HIJO SANO**

Nota: Las preguntas siguientes van a ser sobre su hijo sano que nació antes o después de su hijo con anencefalia, dándole preferencia al hijo que nació después.

156M(a) Las preguntas sobre su hijo sano se harán para el que nació 1. antes 2. después

156M(b) ¿Su hijo sano nació antes o después de su hijo con anencefalia?

1. antes 2. después 3. antes y después 4. sólo hemos tenido el hijo con anencefalia

157M ¿Cuánto tiempo se lleva su hijo sano de su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_

158M ¿En qué fecha nació su hijo sano? \_\_\_\_\_

159M Entonces, si contamos hacia atrás, la fecundación de su hijo sano se realizó en el mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

160M Luego, el PAR de su hijo sano comprendió de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

161M Durante ese periodo agudo de riesgo de su hijo sano, ¿dónde vivía? \_\_\_\_\_

**Nota: el PAR se ubica 3 meses antes de la fecha de la concepción y tres meses después para ambos progenitores.**

**5.2. OCUPACIÓN DEL PADRE Y LA MADRE DURANTE EL (PAR) DEL HIJO SANO Y UBICACIÓN DE RIESGOS OCUPACIONALES**

162M Dónde trabajó durante el periodo agudo de riesgo de su hijo sano?

1.maquiladoras \_\_\_\_\_ 2.otras empresas manufactureras \_\_\_\_\_  
3.comercio \_\_\_\_\_ 4. limpiadurías 5. herrerías 6. cerrajerías 7. fumigaciones 8. talleres mecánicos, 9.talleres eléctricos-electrónicos 10. gasolineras 11. clínicas u hospitales 12. centros radiológicos 13. estéticas 14. servicios de limpieza 15. laboratorios químicos 16. en la construcción 17. carpinterías 18. instituciones de gobierno 19. campos de cultivo 20.por su cuenta (especifique) \_\_\_\_\_ 21. otras \_\_\_\_\_ 22. No trabajé

**162P ¿Dónde trabajó durante el periodo agudo de riesgo de su hijo sano?** 1. maquiladoras \_\_\_\_\_ 2.otras empresas manufactureras \_\_\_\_\_  
3.comercio \_\_\_\_\_ 4. limpiadurías 5. herrerías 6. cerrajerías 7. fumigaciones 8. talleres mecánicos, 9.talleres eléctricos-electrónicos 10. gasolineras 11. clínicas u hospitales 12. centros radiológicos 13. estéticas 14. servicios de limpieza 15. laboratorios químicos 16. en la construcción

17. carpinterías 18. instituciones de gobierno 19. campos de cultivo 20. por su cuenta  
(especifique) 21. otras 22. No trabajé

**Aquí se termina la entrevista correspondiente a esta sección, para los que no trabajaron durante el PAR del hijo sano.**

163M ¿Cuál es el nombre de su ocupación, oficio o puesto que tuvo durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

**163P** ¿Cuál es el nombre de su ocupación, oficio o puesto que tuvo durante el PAR de su hijo sano? \_\_\_\_\_

164M Favor de describir el trabajo que realizaba en esa ocupación, oficio o puesto (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

**164P** Favor de describir el trabajo que realizaba en esa ocupación, oficio o puesto (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

165M ¿Cómo era el lugar donde realizó esa ocupación? (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

**165P** ¿Cómo era el lugar donde realizó esa ocupación? (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

166M ¿Cuántas horas trabajaba diario? \_\_\_\_ (durante el PAR de su hijo sano)

**166P** ¿Cuántas horas trabajaba diario? \_\_\_\_ (durante el PAR de su hijo sano)

167M Cuántos días trabajaba a la semana? \_\_\_\_ (durante el PAR de su hijo sano)

**167P** Cuántos días trabajaba a la semana? \_\_\_\_ ( " " " )

168M Con qué materiales trabajaba? (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

**168P** Con qué materiales trabajaba? (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

169M En ese trabajo, ¿qué le preocupaba en relación a su salud? (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

---



---



---

169P En ese trabajo, ¿qué le preocupaba en relación a su salud? (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

---



---



---

170M En ese trabajo, ¿qué sustancias peligrosas para la salud utilizaba? \_\_\_\_\_

170P En ese trabajo, ¿qué sustancias peligrosas para la salud utilizaba? \_\_\_\_\_

171M y 171P De las sustancias y metales siguientes, ¿reconoce algunos con los que haya trabajado? (durante el PAR de su hijo sano) Nota: el informante puede leer el listado.

acrilonitrilo	1. sí 2. no	1. sí 2. no
Antimonio (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
arsénico (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
bayletón	1. sí 2. no	1. sí 2. no
benlato	1. sí 2. no	1. sí 2. no
benzo(a)pireno	1. sí 2. no	1. sí 2. no
cadmio (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
carbaril	1. sí 2. no	1. sí 2. no
clorodifluorometano	1. sí 2. no	1. sí 2. no
cloropreno	1. sí 2. no	1. sí 2. no
cloruro de vinilo	1. sí 2. no	1. sí 2. no
cromo (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
dibromuro de etileno	1. sí 2. no	1. sí 2. no
dietilestilbestrol	1. sí 2. no	1. sí 2. no
endrín	1. sí 2. no	1. sí 2. no
éteres de glicol	1. sí 2. no	1. sí 2. no
ftalatos (algunos butilos)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
hexaclorofeno	1. sí 2. no	1. sí 2. no
mercurio (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
metacrilatos (algunos)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
metil etil cetona	1. sí 2. no	1. sí 2. no
metilformamida	1. sí 2. no	1. sí 2. no
óxido de etileno	1. sí 2. no	1. sí 2. no
plomo	1. sí 2. no	1. sí 2. no
telurio (metal)	1. sí 2. no	1. sí 2. no
tiram	1. sí 2. no	1. sí 2. no

TOK <sup>5</sup>	1. sí 2. no	1.sí 2.no
tolueno	1. sí 2. no	1.sí 2.no
tricloroetano	1. sí 2. no	1.sí 2.no
tíner	1. sí 2. no	1.sí 2.no
estaño (metal)	1. sí 2. no	1.sí 2.no
acetona	1. sí 2. no	1.sí 2.no
Rosin flux	1. sí 2. no	1.sí 2.no
Bifenoles policlorinados (DBCP)	1.sí 2. no	1.sí 2. no
solventes <sup>6</sup>	1.sí 2. no	1.sí 2. no
plaguicidas	1.sí 2. no	1.sí 2. no
vanadio (metal)	1. sí 2.no	1.sí 2. no
zinc (metal)	1.sí 2.no	1.sí 2. no

172M En su trabajo, utilizó soldadura? (durante el PAR de su hijo sano)

1. sí 2. no

**172P En su trabajo, utilizó soldadura? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no**

173M Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

**173P Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_**

174M En su trabajo, utilizó pegamentos? (durante el PAR de su hijo sano)

1. sí 2. no

**174P En su trabajo, utilizó pegamentos? (durante el PAR de su hijo sano)**

**1. sí 2. no**

175M Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

**175P Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_**

176M En su trabajo, utilizó solventes? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2.no

**176P En su trabajo, utilizó solventes? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2.no**

177M Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

**177P Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_**

178M En su trabajo, utilizó pinturas? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

**178P En su trabajo, utilizó pinturas? (durante el PAR de su hijo sano) 1.sí 2. no**

179M Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

**179P Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_**

180M En su trabajo, utilizó epoxy? (durante el PAR de su hijo sano)

1. sí 2. no

**180P En su trabajo, utilizó epoxy? (durante el PAR de su hijo sano)**

**1. sí 2. no**

181M Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

**181P Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_**

<sup>5</sup>(2,4-diclorofenil-*p*-nitrofenileter)

<sup>6</sup> Se incorpora independientemente de que están enlistados otros solventes.

182M ¿En su trabajo estuvo cerca de plaguicidas, pesticidas o fungicidas como el paratión, malatión, carbaril, etc.? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

182P ¿En su trabajo estuvo cerca de plaguicidas, pesticidas o fungicidas como el paratión, malatión, carbaril, etc.? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

183M Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

183P Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

184M Trabajó directamente con algún plaguicida, pesticida o funguicida como el paratión, malatión, carbaril, etc.? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

184P Trabajó directamente con algún plaguicida, pesticida o funguicida como el paratión, malatión, carbaril, etc.? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

185M En su trabajo, ¿estuvo expuesta a rayos X? (durante el PAR de su hijo sano)  
1. sí 2. no

185P En su trabajo, ¿estuvo expuesto a rayos X? (durante el PAR de su hijo sano)  
1. sí 2. no

186M ¿Cómo se daba la exposición? \_\_\_\_\_

186P ¿Cómo se daba la exposición? \_\_\_\_\_

187M En su trabajo, estuvo expuesta a bomba de cobalto? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

187P En su trabajo, estuvo expuesto a bomba de cobalto? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

188M Cómo se daba la exposición? \_\_\_\_\_

188P Cómo se daba la exposición? \_\_\_\_\_

189M En su trabajo, ¿estuvo expuesta a calor excesivo por hornillas, hornos, crisoles u otras fuentes de calor? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

189P En su trabajo, ¿estuvo expuesto a calor excesivo por hornillas, hornos, crisoles u otras fuentes de calor? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

190M Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

190P Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

191M En su trabajo, ¿estuvo expuesta a olores intensos de sustancias, gases y/o pegamentos? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

191P En su trabajo, ¿estuvo expuesto a olores intensos de sustancias, gases y/o pegamentos? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

192M Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

192P Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_

193M En su trabajo, ¿cuál de los malestares siguientes llegó a sentir? (durante el PAR de su hijo sano) 1. dolores de cabeza 2. náuseas 3.vómitos 4.mareos 5. somnolencia 6. depresión 7.fatiga 8.lenguaje cercenado 9. pérdida del equilibrio 10.desorientación 11. pérdida del conocimiento 12. falta de respiración (depresión respiratoria) 13. otros \_\_\_\_\_ 14. ninguno.

**193P En su trabajo, ¿cuál de los malestares siguientes llegó a sentir? (durante el PAR de su hijo sano) 1. dolores de cabeza 2. náuseas 3.vómitos 4.mareos 5. somnolencia 6. depresión 7.fatiga 8.lenguaje cercenado 9. pérdida del equilibrio 10.desorientación 11. pérdida del conocimiento 12. falta de respiración (depresión respiratoria) 13. otros \_\_\_\_\_ 14. ninguno.**

194M ¿A qué lo atribuyó? (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

**194P¿A qué lo atribuyó? (durante el PAR de su hijo sano)**

195M En su área de trabajo, ¿había extractores con capacidad suficiente para mantener un medio ambiente saludable? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

**195P En su área de trabajo, ¿había extractores con capacidad suficiente para mantener un medio ambiente saludable? (durante el PAR de su hijo sano)**

1. sí 2. no

196M Había ventilación adecuada? (durante el PAR de su hijo sano)

1. sí 2. no

**196P Había ventilación adecuada?(durante el PAR de su hijo sano)**

1. sí 2. no

197M En su trabajo, llegó a sentir los efectos de alguna fuga de tóxicos (gases, sustancias como cloro, amoniaco, solventes)? (durante el PAR de su hijo sano). Puede platicar esa experiencia, decir de qué era la fuga y qué le pasó?

**197P En su trabajo, llegó a sentir los efectos de alguna fuga de tóxicos (gases, sustancias como cloro, amoniaco, solventes)? (durante el PAR de su hijo sano). Puede platicar esa experiencia y decir qué le pasó?**

198M Del equipo de protección siguiente, ¿cuál ha utilizado, cuándo y para qué? (durante el PAR de su hijo sano)

Mascarilla 1. sí 2. no

Guantes 1. sí 2. no

Lentes 1. sí 2. no

Botas 1. sí 2. no

Mandil 1. sí 2. no

Otros 1. sí 2. no \_\_\_\_\_

**198P Del equipo de protección siguiente, cuál ha utilizado y para qué? (durante el PAR de su hijo sano)**

**Mascarilla 1. sí 2. no**

**Guantes 1. sí 2. no**

**Lentes 1. sí 2. no**

**Botas 1. sí 2. no**

**Mandil 1. sí 2. no**

**Otros 1. sí 2. no \_\_\_\_\_**

199M ¿En su trabajo acostumbraba lavar sus manos antes de ir al baño? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

**199P ¿En su trabajo acostumbraba lavar sus manos antes de ir al baño? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no**

200M ¿En su trabajo acostumbraba lavar sus manos antes de comer? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

**200P ¿En su trabajo acostumbraba lavar sus manos antes de comer? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no**

201M ¿En su trabajo acostumbraba comer sus alimentos sobre su mesa de trabajo o si trabajaba en el campo, entre los plantíos? (durante el PAR de su hijo sano)

1. sí 2. no

**201P ¿En su trabajo acostumbraba comer sus alimentos sobre su mesa de trabajo o si trabajaba en el campo, entre los plantíos? (durante el PAR de su hijo sano)**

**1. sí 2. no**

202MP La ropa de trabajo se lavaba en su casa? (durante el PAR de su hijo sano)

1. sí 2. no

203M ¿Cuántos meses trabajó durante el embarazo de su hijo sano? \_\_\_\_\_

204M ¿Qué otros trabajos realizaba o realiza en sus tiempo libres? (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

**204P ¿Qué otros trabajos realizaba o realiza en sus tiempos libres? (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_**

### 5.3. RIESGOS DEL MEDIO AMBIENTE DURANTE EL (PAR) DEL HIJO SANO

**205MP** ¿De las siguientes fuentes de contaminación ambiental, de cuáles estaba cerca su vivienda durante el PAR de su hijo sano? (la cercanía considera de 1 a 5 cuadras de distancia)

1. fábricas, parques industriales 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_
2. establecimientos que ofrecen servicios de: limpiaduría, herrería, carrocería carpintería, pintura, electricidad, mecánicos, imprentas, laboratorios químicos, sanatorios, clínicas de rayos x, cobalto, funerarias, salones de belleza, gasolineras, etc. 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_
3. geotérmicas 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_
4. termoelectricas 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_
5. subestaciones eléctricas 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_
6. incineradores 1. sí 2. no (especificar) \_\_\_\_\_
7. campos de cultivo donde fumigan 1. sí 2. no \_\_\_\_\_
8. canales con residuos peligrosos 1. sí 2. no \_\_\_\_\_
9. basureros 1. sí 2. no \_\_\_\_\_
10. confinamiento de residuos peligrosos 1. sí 2. no \_\_\_\_\_
11. pozos petroleros o refinerías del petróleo 1. sí 2. no \_\_\_\_\_

**206MP** ¿A qué distancia estaba su vivienda de la fuente de contaminación que mencionó? 1. \_\_\_\_\_ mts. 2. no mencioné

**207M** Llegó a sentir molestias por olores industriales que llegaban hasta su casa?  
1. sí 2. no

**207P** Llegó a sentir molestias por olores industriales que llegaban hasta su casa?  
1. sí 2. no

**208M** Qué molestias? \_\_\_\_\_

**208P** Qué molestias? \_\_\_\_\_

**209MP** Durante el PAR de su hijo sano, hubo alguna fuga de sustancias peligrosas que haya llegado hasta su vivienda? 1. sí 2. no

**210M** Qué le sucedió? \_\_\_\_\_

**210P** ¿Qué le sucedió? \_\_\_\_\_

**211M** ¿A qué distancia estaba su vivienda de su trabajo? (durante el PAR de su hijo sano \_\_\_\_\_ mts.

**211P** ¿A qué distancia estaba su vivienda de su trabajo? (durante el PAR de su hijo sano \_\_\_\_\_ mts.

**212MP** ¿Bebían agua de pozo? 1. sí 2. no (durante el PAR de su hijo sano)

**213MP** ¿Bebían agua de la llave? 1. sí 2. no (durante el PAR de su hijo sano)

214MP ¿Utilizaron leña para cocinar o calentar la vivienda? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

215MP ¿Utilizaron estufa de petróleo? 1. sí 2. no

216MP Cocinaban en cazuelas y ollas de barro? 1. sí 2. no

217MP ¿Almacenaban agua en baldes o tambos que habían contenido plaguicidas? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

218MP ¿Almacenaban algún fumigante en su vivienda? (durante el PAR de su hijo sano) 1. sí 2. no

#### 5.4. ESTADO DE SALUD DE LA MADRE Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL (PAR) DEL HIJO SANO

##### 5.4.1. Diabetes

219M ¿Tenía diabetes durante el PAR de su hijo sano? 1. sí 2. no 3. no sé (si sí, pasar a la siguiente)

220M ¿Qué medicamentos tomó o se aplicó para la diabetes? (durante el PAR de su hijo sano) 1. \_\_\_\_\_ 2. no recuerdo

##### 5.4.2. Epilepsia

221M ¿Tuvo epilepsia durante el PAR de su hijo sano? 1. sí 2. no

222M ¿Qué medicamentos tomó para la epilepsia durante el PAR de su hijo sano? \_\_\_\_\_

##### 5.4.3. Cáncer

223M ¿Tuvo cáncer durante el periodo agudo de riesgo de su hijo sano? 1. sí 2. no

224M ¿Qué medicamentos tomó o le aplicaron para controlar el cáncer durante el periodo agudo de riesgo de su hijo sano? \_\_\_\_\_ (la ciclofosfamida podría haber sido uno de los medicamentos).

225M ¿Qué tratamientos recibió para controlar el cáncer? (durante el PAR de su hijo sano) 1. quimioterapia 2. radioterapia 3. otros \_\_\_\_\_

##### 5.4.4. Enfermedades virales y contagiosas

226M ¿Qué enfermedades virales como la rubéola y la varicela tuvo durante el PAR de su hijo sano? 1. rubeola 2. varicela 3. otras \_\_\_\_\_ 4. ninguna

227M ¿Tuvo diarrea durante el PAR de su hijo sano? 1. sí 2. no

228M ¿Utilizó medicina para controlar la diarrea? 1. sí 2. no

229M ¿Durante el PAR de su hijo sano se contagió de alguna otra enfermedad?  
1. sí 2. no (si sí, pasar a las dos siguientes)

230M ¿De cuál? \_\_\_\_\_

231M ¿Qué medicamentos tomó para esa enfermedad? \_\_\_\_\_

232M ¿Qué otros medicamentos tomó durante el PAR de su hijo sano? \_\_\_\_\_

#### 5.4.5. Obesidad, dietas para adelgazar, anemia, estrés, hipertermia, anestias, diuréticos

233M ¿Durante el periodo agudo de riesgo PAR de su hijo sano, tenía sobrepeso?  
1. sí 2. no

234. Opinión del entrevistador sobre el peso de la madre: 1. obesa 2. no obesa 3. peso regular 4. peso normal 5. delgada

235M ¿Durante el PAR de su hijo sano se puso a dieta para adelgazar?  
1. sí 2. no

236M ¿Tomó algún medicamento que le quitara el hambre? 1. sí 2. no

237M ¿La dieta fue baja en azúcares? 1. sí 2. no

238M ¿Llegó a tener anemia? (durante el PAR de su hijo sano)

239M Llegó a sentir estrés muy intenso durante el PAR de su hijo sano?  
1. sí 2. no

240M Puede describir su estrés ¿(mortificación, preocupación intensa) (durante el PAR de su hijo sano) \_\_\_\_\_

241M ¿Durante el PAR de su hijo sano, ¿se llegó a bañar en tina con agua muy caliente o en aguas termales o en jacuzzi? 1. sí 2. no

242M ¿Le aplicaron alguna anestesia? (durante el PAR de su hijo sano)  
1. sí 2. no

243M Tomó diuréticos para poder orinar? (durante el PAR de su hijo sano)  
1. sí 2. no

#### 5.4.6. Vitaminas B12 y A

244M Durante el embarazo de su hijo sano ¿tomó vitamina B12? 1. sí 2. no

245M Durante el embarazo de su hijo sano ¿tomó vitamina A? 1. sí 2. no

#### 5.4.7. Ácido fólico

246M ¿Tomó ácido fólico durante el PAR de su hijo sano? 1. sí 2. no

247M ¿Quién se lo recomendó? \_\_\_\_\_

248M ¿Se acuerda de la dosis? 1. sí \_\_\_\_\_ 2.no (la dosis recomendada es de 400 microgramos diarios)

249M ¿Después del nacimiento de su hijo sano, ¿le recomendaron tomar más cantidad de ácido fólico? 1. sí 2. no

250M ¿Quién le hizo la recomendación? 1.médico 2. amigas 3. familiares 4. otros \_\_\_\_\_

251M ¿Qué dosis le dijeron que tomara? \_\_\_\_\_ (la dosis recomendada es de 4 miligramos de ácido fólico al día)

252M ¿Para qué le dijeron que servía? \_\_\_\_\_

253M ¿Acostumbra comer hígado de pollo y carnes de pollo, de res y puerco?  
1.sí 2. no

254M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

255M ¿Acostumbra comer acelgas, quelite, espinacas, lechuga, brócoli? 1.sí 2. no

256M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

257M ¿Acostumbra comer naranja, plátano y otras frutas? 1. sí 2 no

258M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

259M ¿Acostumbra comer trigo, nueces y avellanas? 1. sí 2. no

260M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

261M ¿Acostumbra comer cereales por ej. corn flakes? 1. sí 2. no

262M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

263M ¿Acostumbra comer hongos del maíz? 1. sí 2. no

264M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

265M ¿Acostumbra comer tortillas de maíz? 1. sí 2. no

266M ¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

267M Los alimentos anteriores los acostumbraba comer desde cuando estuvo en el periodo agudo de riesgo (PAR) de su hijo sano? 1. sí 2. no

268M Consumía menos cantidad de alimentos que los demás familiares durante el PAR de su hijo sano? 1. sí 2. no 3. igual que los demás (si sí, la siguiente)

269M Por qué? \_\_\_\_\_

270M Qué alimentos ha comido hoy? \_\_\_\_\_

## **5.5. OTROS RIESGOS TERATÓGENOS DURANTE EL PAR DEL HIJO SANO**

### **5.5.1. Consanguinidad.**

271MP Existe parentesco entre usted y la pareja con la que tuvo su hijo sano 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

272MP ¿Qué parentesco? 1. hermanos 2. primos 3. tíos 4. otros \_\_\_\_\_

### **5.5.2. Antecedentes de anencefalia en familiares del padre y la madre (para este punto ver apartado sobre “Antecedentes de reproducción maternos (...))”**

### **5.5.3. Hidramnios**

273M ¿Durante el embarazo de su hijo sano, llegó a tener exceso de agua (líquido amniótico) en el vientre? 1. sí 2. no

### **5.5.4. Antecedentes gemelares**

274M ¿Ha habido gemelos en su familia 1. sí 2. no (pasar a la número \_\_\_\_\_)

275M ¿Usted ha tenido gemelos? 1. sí 2. no

276M ¿Su hijo sano era gemelo? 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

277M ¿Si su hijo sano era gemelo, su hermanito (a) también nació sano? 1. sí 2. no

### **5.5.5. Ovulación inducida y fertilización in vitro (inseminación artificial)**

278M ¿El embarazo de su hijo sano ¿fue producto de inseminación artificial? 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

279M ¿Antes de embarazarse de su hijo sano, le dieron medicamentos para prepararla para la inseminación artificial?(durante el PAR del hijo sano) 1. sí 2. no

**5.5.6. Intervalo entre la terminación del embarazo previo inmediato o cuando éste fue un aborto (para este punto ver apartado sobre “Antecedentes de reproducción maternos (...))”**

**5.5.7. Incidencia en hijos índice y hermanos (para este punto ver apartado sobre “Antecedentes de reproducción maternos (...))”**

**6. ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS DE LA MADRE DEL HIJO CON ANENCEFALIA; BÚSQUEDA DE LA MALFORMACIÓN EN ANCESTROS MATRI-PATRI LINEALES E IMPACTO DEL SUCESO EN LOS PROGENITORES DE LOS CASOS**

**6.1. Antecedentes reproductivos de la madre del hijo con anencefalia**

280M ¿Cuántos hijos ha tenido? \_\_\_\_\_

281M ¿Ha tenido hijos que hayan nacido muertos? 1. sí 2. no (si sí, pasar a las siguientes)

282M ¿Cuántos hijos nacidos muertos ha tenido? \_\_\_\_\_

283M ¿Por qué han nacido muertos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

284M ¿Ha tenido hijos prematuros? 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

285M ¿Ha tenido abortos espontáneos? 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

286M ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

287M ¿Con qué los ha relacionado? \_\_\_\_\_

288M ¿Entre esos abortos, había que tenían anomalía? \_\_\_\_\_

289M ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

290M ¿Antes de su hijo con anencefalia, tuvo abortos? 1. sí 2. no

291M ¿Del total de sus hijos qué número es su hijo con anencefalia?  
1. el primero 2. el segundo 3. el tercero 4. el cuarto 5. el quinto 6. el sexto  
7. el séptimo 8. el octavo 9. el noveno 10. del décimo en adelante

292M ¿Ha tenido otros hijos con anencefalia? 1. sí 2. no

293M ¿Ha tenido otros hijos con otro tipo de malformación? 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

294M ¿De qué malformación se trata?

295M ¿Qué edad tenía usted cuando nació su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_

296M ¿Qué edad tenía su pareja cuando nació su hijo con anencefalia? \_\_\_\_\_

297M ¿A qué edad tuvo su primer hijo sano? \_\_\_\_\_

298M ¿Qué edad tenía su pareja cuando nació su primer hijo sano? \_\_\_\_\_

299M ¿Cuál era su estado civil cuando tuvo su hijo con anencefalia? 1. soltera  
2. casada 3. viuda 4. divorciada 5. unión libre

### **6.2. Características del hijo con anencefalia**

300M ¿De qué sexo era su hijo con anencefalia? 1. femenino 2. masculino  
3. indeterminado

301M ¿Cuánto pesó? \_\_\_\_\_

302M ¿Qué otras malformaciones tenía? \_\_\_\_\_

303M ¿Cuánto tiempo vivió? \_\_\_\_\_

### **6.3. Atención prenatal del hijo con anencefalia**

304M ¿Dónde se atendió durante el embarazo de su hijo con anencefalia? 1. Imss 2.  
Hospital general 3. clínicas de Isesalud 4. Isste-Isstecali 5. médico privado 6.  
otros \_\_\_\_\_

305M ¿Cuántas veces se atendió durante el embarazo de su hijo con  
anencefalia? \_\_\_\_\_

306M ¿Cuántos ultrasonidos le hicieron? \_\_\_\_\_

307M ¿Cómo detectaron la anencefalia de su hijo? 1. por ultrasonido 2. por otros  
métodos 3. hasta que nació.

308M ¿En qué mes del embarazo se enteró de que su hijo tenía anencefalia? \_\_\_\_\_

309M ¿El médico le propuso que lo abortara? 1. sí 2. no

310M Si se lo propuso, ¿cuál fue su decisión? 1. abortarlo 2. no abortarlo  
3. no corresponde

311M ¿Cómo fue el parto de su hijo con anencefalia? 1. normal 2. por cesárea  
3. por inducción 4. otro \_\_\_\_\_

312M ¿El parto se complicó? 1. sí 2. no 3. no sabe

313M ¿Su hijo con anencefalia murió antes, durante o después del parto?  
1. antes del parto 2. durante el parto 3. después del parto

314M Si su hijo no murió antes o durante el parto, ¿estuvo en terapia intensiva?

1. sí 2. no

315M ¿Su hijo con anencefalia duró en el hospital todo el tiempo que vivió?

1. sí 2. no

316M ¿En dónde fue el parto de su hijo con anencefalia? 1. Imss 2. hospital general

3. Isste-Issteocali 4. clínica privada 5. en la casa 6. otros \_\_\_\_\_

317M ¿Cuánto duró hospitalizada después del parto? \_\_\_\_\_ días

318M Después del nacimiento de su hijo con anencefalia, ¿se cuidó para no quedar embarazada? 1. sí 2. no

319M ¿Cómo se cuidó? \_\_\_\_\_

#### 6.4. Diferencias en embarazo y parto entre hijos sanos e hijo con anencefalia

320M ¿Cuántos hijos sanos ha tenido antes o después del hijo con anencefalia? 1. antes

\_\_\_\_\_ 2. después \_\_\_\_\_

321M ¿Con la misma pareja? 1. sí 2. no

322M Si ha tenido otros hijos sanos, ¿considera que hubo diferencias entre los embarazos de hijos sanos y el de su hijo con anencefalia? 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente) 3. no corresponde

323M ¿Cuáles fueron esas diferencias? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

324M En relación al parto del hijo con anencefalia y el hijo sano, ¿qué diferencias hubo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

325M Su hijo sano pesó más o pesó menos que su hijo con anencefalia?

1. pesó más 2. pesó menos 3. no recuerdo 4. no corresponde

#### 6.5. Anencefalia y otras malformaciones en ancestros matri-patri lineales

326M Sus familiares de su papá o su mamá han tenido hijos con anencefalia?

1. sí 2. no (si sí pasar a la siguiente) 3. no sabe

**326P Sus familiares de su papá o su mamá han tenido hijos con anencefalia?**

1. sí 2. no ( si sí, pasar a la siguiente) 3. no sabe

327M Quién (es) los tuvieron? \_\_\_\_\_

**327P Quién (es) los tuvieron?** \_\_\_\_\_

328M Sus familiares de su papá o su mamá han tenido hijos con otras malformaciones?

1. sí 2. no 3. no sabe

328P Sus familiares de su papá o su mamá han tenido hijos con otras malformaciones?

1. sí 2. no 3. no sabe

329M De qué malformaciones se trata? \_\_\_\_\_

329P De qué malformaciones se trata? \_\_\_\_\_

330M Usted misma, padece de alguna malformación de nacimiento? 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

331M Su pareja, padece de alguna malformación de nacimiento? 1. sí 2. no (si sí, pasar a la siguiente)

332M De qué malformación se trata? \_\_\_\_\_

332P De qué malformación se trata? \_\_\_\_\_

## 6.6. Explicación e Impacto del suceso en los progenitores

333M ¿Qué explicación le dieron los médicos acerca de la anencefalia de su hijo? \_\_\_\_\_

334M ¿Cuál fue la explicación de usted? \_\_\_\_\_

335M ¿Cuál fue la explicación de su pareja? \_\_\_\_\_

336M Además de los médicos, ¿dónde o con quiénes más buscaron la explicación? \_\_\_\_\_

337M ¿Abrazó a su hijo con anencefalia? 1. sí 2. no

338M ¿Su pareja también lo abrazó? 1. sí 2. no

339M ¿Qué hicieron con el cuerpo de su hijo? 1. lo sepultaron 2. lo incineraron 3. lo dejaron en el hospital y no supieron qué pasó 4. otros \_\_\_\_\_

340M ¿Llevaron a su hijo a la iglesia? 1. sí 2. no

341M ¿Qué familiares conocieron a su hijo? 1. familiares de ella 2. familiares del esposo 3. familiares de ambos 4. nadie

342M ¿Comentaron con sus amigos sobre su hijo con anencefalia? 1. sí 2. no

343M ¿Comentaron con sus compañeros de trabajo sobre su hijo con anencefalia? 1. sí 2. no 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

344M ¿Relacionó el nacimiento de su hijo con la ocupación que usted realizaba?

1. sí 2. no (si sí, preguntar la siguiente) 3. no trabajó 4. el informante no supo contestar por el otro

345M ¿Su pareja relacionó el nacimiento de su hijo con la ocupación que él realizaba?

1. sí 2. no ( si sí, preguntar la siguiente)

346M Por qué? \_\_\_\_\_

346M(bis) Por qué? \_\_\_\_\_

347M Su esposo llegó a pensar que usted era causante de la anencefalia de su hijo?

1. sí 2. no (pasar a la pregunta siguiente)

348M ¿Usted llegó a pensar que su esposo era causante de la anencefalia de su hijo?

1. sí 2. no

349M ¿ Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

350M ¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

351M ¿Otros compañeros de su trabajo o del trabajo de su pareja han tenido hijos con anencefalia? 1. sí 2. no 3. no sabe

352M ¿Framitaron en el Registro Civil Acta de defunción de su hijo?

1. sí 2. no

Preguntas que también se formularon:

Su esposo utilizó drogas prohibidas durante el periodo agudo de riesgo?

1. sí 2. no

De qué drogas se trata?

\_\_\_\_\_

Usted utilizó drogas prohibidas durante el periodo agudo de riesgo?

1. sí 2. no

De qué drogas se trata?

\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO** para la participación en el estudio: “Riesgos teratógenos y reproducción generacional con anencefalia, Baja California, 1998-2004” que está realizando la maestra Silvia Leticia Figueroa Ramírez para el Programa de Doctorado en Ciencias Sociales Aplicadas 2002-2005 impartido por el Colegio de la Frontera Norte

Informante: \_\_\_\_\_

Mi nombre es Silvia Leticia Figueroa Ramírez y actualmente estoy realizando un estudio para conocer si ustedes como padre y madre del niño con anencefalia, estuvieron expuestos a riesgos que pudieran haber ocasionado esa anormalidad en su hijo. Los riesgos podrían haberse localizado tanto en las actividades que ustedes realizaron como trabajadores durante un llamado periodo agudo de riesgo; así como en la cercanía de su vivienda a campos de cultivo que se fumigan; a fábricas contaminantes, a canales que llevan materiales peligrosos para la salud, o confinamientos de residuos también riesgosos. Asimismo el estudio trata de localizar riesgos en enfermedades de la madre del caso.

Por lo anterior, mucho le agradeceré si usted podría dedicar una hora a responder preguntas sobre lo anterior. La información que usted proporcione, se utilizará en forma anónima y confidencial. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Ahora que usted tiene esta información, ¿está dispuesta (o) a participar?

He recibido una copia de esta forma de consentimiento.

Firma de recibido de una copia de esta forma de consentimiento:

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**ANEXO D**  
**(FORMATO DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN**  
**Y DE MUERTE FETAL)**



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION 1998

FOLIO DE CAPTURA

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre (s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		R2						
	3. SEXO: Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. EDAD CUMPLIDA Años _____ Si era menor de un año, escriba si se trata de: Meses _____ Dias _____ Horas _____	5. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Extranjera <input type="radio"/> 2 Especifique _____			R3					
	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				R4						
	7. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido). Calle, número y colonia _____ 7.1 Municipio o Delegación _____ 7.2 Entidad Federativa _____ 7.3				R5						
	8. OCUPACION HABITUAL Ejemp: Albañil, 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			R6					
	10. DERECHO HABIENTE Ninguno <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		11. NOMBRE DE: Del Padre _____ De la Madre _____ Del Conyuge _____			R7					
	12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION. Calle, número y colonia _____ Municipio o Delegación _____ 12.1 Entidad Federativa _____ 12.2				R8						
	13. SITIO: Urb. médica <input type="radio"/> 1 Hogar <input type="radio"/> 3 Pública <input type="radio"/> 2 Privada <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 4		14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____		15. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		R9				
	16. CAUSAS DE LA DEFUNCION. Anote una sola causa en cada renglón. No quiere decirse con esto el modo de morir. Ejemplo: debilidad cardíaca, asfexia, etc. significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.										
	<table border="1"> <tr> <td> <b>PARTE I</b> Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente.  Causas, antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada. Deben mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental. </td> <td> a) Debido a (o como consecuencia de) _____  b) Debido a (o como consecuencia de) _____  c) Debido a (o como consecuencia de) _____  d) _____ </td> <td> Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte  _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>PARTE II</b> 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).  _____ </td> </tr> </table>						<b>PARTE I</b> Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente.  Causas, antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada. Deben mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental.	a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte _____	<b>PARTE II</b> 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). _____	
<b>PARTE I</b> Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente.  Causas, antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada. Deben mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental.	a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte _____									
<b>PARTE II</b> 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											
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	18.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		18.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Hogar <input type="radio"/> 1 Trabajo <input type="radio"/> 2 Vía 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. _____						
	18.5 ¿Se practicó necropsia? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		18.6 Autoridad que ordenó la necropsia _____								
	18.7 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos que dieron origen a la lesión. _____										
DEL CERTIFICANTE	19. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 No médico <input type="radio"/> 4		19.1 Si el certificante es médico: Cedula de la DGP _____ Núm. _____		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 _____								
DEL REGISTRO CIVIL	20. NOMBRE DEL INFORMANTE _____		20.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO _____								
	21. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE JUZGADO Núm. _____ del Registro Civil Libro Núm. _____ 21.1 Acta Núm. _____		22. Lugar y fecha del registro. 22.1 _____ 22.2 _____ Localidad _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 22.5 _____ 22.6 _____ 22.7 _____ 22.8 _____ 22.9 _____ 22.10 _____ 22.11 _____ 22.12 _____ 22.13 _____ 22.14 _____ 22.15 _____ 22.16 _____ 22.17 _____ 22.18 _____ 22.19 _____ 22.20 _____ 22.21 _____ 22.22 _____ 22.23 _____ 22.24 _____ 22.25 _____ 22.26 _____ 22.27 _____ 22.28 _____ 22.29 _____ 22.30 _____ 22.31 _____ 22.32 _____ 22.33 _____ 22.34 _____ 22.35 _____ 22.36 _____ 22.37 _____ 22.38 _____ 22.39 _____ 22.40 _____ 22.41 _____ 22.42 _____ 22.43 _____ 22.44 _____ 22.45 _____ 22.46 _____ 22.47 _____ 22.48 _____ 22.49 _____ 22.50 _____ 22.51 _____ 22.52 _____ 22.53 _____ 22.54 _____ 22.55 _____ 22.56 _____ 22.57 _____ 22.58 _____ 22.59 _____ 22.60 _____ 22.61 _____ 22.62 _____ 22.63 _____ 22.64 _____ 22.65 _____ 22.66 _____ 22.67 _____ 22.68 _____ 22.69 _____ 22.70 _____ 22.71 _____ 22.72 _____ 22.73 _____ 22.74 _____ 22.75 _____ 22.76 _____ 22.77 _____ 22.78 _____ 22.79 _____ 22.80 _____ 22.81 _____ 22.82 _____ 22.83 _____ 22.84 _____ 22.85 _____ 22.86 _____ 22.87 _____ 22.88 _____ 22.89 _____ 22.90 _____ 22.91 _____ 22.92 _____ 22.93 _____ 22.94 _____ 22.95 _____ 22.96 _____ 22.97 _____ 22.98 _____ 22.99 _____ 22.100 _____								

REMITASE ORIGINAL AL CENTRO DE SALUD DE NUESTRO MUNICIPIO



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION 1999

FOLIO DE CAPTURA

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

Main form containing sections: DEL FALLECIDO (1-11), DE LA DEFUNCION (12-17), MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS (18), DEL CERTIFICANTE (19), DEL INF. (20), and DEL REGISTRO CIVIL (21-24). Includes fields for name, sex, age, date of death, cause of death, and registration details.

Vertical capture sheet on the right side with rows R2-R10 and R12-R15, R17-R19, R21-R24, containing numerical data for each section.

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



# CERTIFICADO DE DEFUNCION 2000

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO			2. FECH. DE NACIMIENTO			R1	8	
	Nombre (s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____			Día _____ Mes _____ Año _____			R2	4	
	3. SEXO: Masculino <input type="radio"/> 1 Femenina <input type="radio"/> 2 Señora <input type="radio"/> 9		4. EDAD CUMPLIDA Años _____ Si era menor de un año, escriba el se trata de: Meses _____ Dias _____ Horas _____		5. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____		R3	5	
	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 V. ido <input type="radio"/> 6 Señora <input type="radio"/> 9						R4	16	
	7. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido): Calle, número y colonia _____ Localidad _____ Municipio o Delegación _____ Entidad Federativa _____						R5	19	
	8. OCUPACION HABITUAL: Ejem. Albañil, 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 Profesora <input type="radio"/> 7 Señora <input type="radio"/> 9			R6	20	
	10. DERECHAHABIENTE: 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 Señora <input type="radio"/> 9			11. NOMBRES: Del Padre _____ De la Madre _____ Del Conyune _____			R7.3	21	
	12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION: Calle, número y colonia _____ Localidad _____ Municipio o Delegación _____ Entidad Federativa _____						R7.2	23	
	13. SITIO: Unidad médica <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> 3 Pública <input type="radio"/> 1 Privada <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 4			14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____		15. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		R8	30
	DE LA DEFUNCION	16. CAUSAS DE LA DEFUNCION: Anote una sola causa en cada renglón. No tiene que decirse con esto el modo de morir. Ejemplo: debilidad cardiaca, asfexia, etc.; significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento. Intervalo aproximado, entre el comienzo de la enfermedad y la muerte: 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) _____ 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) ó 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						R12.2	35
18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 18.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Señora <input type="radio"/> 9 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 Vía 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. _____ 18.5 ¿Se practicó necropsia? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 18.6 Autoridad que ordenó la necropsia _____ 18.7 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos que dieron origen a la lesión: _____						R13	40		
19. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 No médico <input type="radio"/> 4 19.1 Si el certificador es médico: Cedula de la DGP _____ Num. _____ 19.2 Si el certificador 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 _____						R14	41		
20. NOMBRE DEL INFORMANTE _____ 20.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO: _____						R15	47		
21. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Num. _____ del Registro Civil Libro Num. _____ 21.1 Acta Num. _____						R16	41		
22. Lugar y fecha del registro: 22.1 _____ Localidad _____ 22.2 _____ Municipio o Delegación _____ 22.3 _____ Entidad Federativa _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R17.1	52		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R17.2	53		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R18.1	54		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R18.2	55		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R18.3	56		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R18.5	57		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R19	58		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R19.2	59		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R21	60		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R22.1	64		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R22.2	66		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R22.1	69		
22.1 Acta Num. _____ 22.2 _____ 22.3 _____ 22.4 _____ 79 _____ Clave de Municipio C.U.R.P. 96 _____ Día _____ Mes _____ Año _____						R22.4	73		

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



# CERTIFICADO DE DEFUNCION

9001

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		2. FECHA DE NACIMIENTO	
Nombre (s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____		Día _____ Mes _____ Año _____	
3. SEXO: Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. EDAD CUMPLIDA: Años _____ Meses _____ Días _____ Si era menor de un año, escriba si se trata de: _____	5. NACIONALIDAD: Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____	
6. ESTADO CONYUGAL: Solteras <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			
7. RESIDENCIA HABITUAL: (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido): 7.1 Calle, número y colonia _____ Localidad _____ 7.2 Municipio o Delegación _____ Entidad Federativa _____			
8. OCUPACION HABITUAL: Ejem. Albañil, 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	
10. 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		11. NOMBRES: Del Padre _____ De la Madre _____ Del Conyuge _____	
12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION: 12.1 Calle, número y colonia _____ Localidad _____ 12.2 Municipio o Delegación _____ Entidad Federativa _____			
13. SITIO: Unidad médica: Hogar <input type="radio"/> 3 Pública <input type="radio"/> 1 Privada <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 4		14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____	
15. ¿TUVO ATENCION MEDICA (ENRANIT, SII, IIA, INFERMERIA)? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte: _____	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCION: Anote una sola causa en cada renglón. No quiere decirse con esto el modo de morir. Ejemplo: debilidad cardíaca, asbestia, etc.; significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento. PARTE I: Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. Causas, antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada. Debe mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental. a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ 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 FALLECIDA ES UNA MUJER, 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			
18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 18.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		18.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Hogar <input type="radio"/> 1 Trabajo <input type="radio"/> 2 Vía pública <input type="radio"/> 3 Centro de recreo <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 5	
18.4 Violencia familiar: Si la muerte fue por homicidio señale si el presunto agresor es familiar del fallecido. <input type="radio"/> 1		18.8 La defunción fue registrada en el ministerio público con el acta num. _____	
18.5 ¿Se practicó necropsia? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		18.6 Autoridad que ordenó la necropsia _____	
18.7 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____			
19. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 No médico <input type="radio"/> 4		19.1 Si el certificador es médico: Cédula de la DGP Núm. _____	
19.3 Nombre y firma del certificador _____		19.2 Si el certificador no es médico: Persona autorizada por SSA <input type="radio"/> 1 Autoridad civil <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3	
19.4 Domicilio y teléfono del certificador _____		19.5 _____	
20. NOMBRE DEL INFORMANTE: _____		20.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO: _____	
21. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO: Núm. _____ de Registro Civil Libro Num. _____ 21.1 Acta Núm. _____		22. Lugar y fecha del registro: 22.1 _____ 22.2 _____ 22.3 Municipio o Delegación _____ Entidad Federativa _____	
23. _____		27. _____	

R2	_____	_____	_____	_____
R3	_____	_____	_____	_____
R4	_____	_____	_____	_____
R5	_____	_____	_____	_____
R6	_____	_____	_____	_____
R7.3	_____	_____	_____	_____
R7.2	_____	_____	_____	_____
R7.1	_____	_____	_____	_____
R8	_____	_____	_____	_____
R9	_____	_____	_____	_____
R10	_____	_____	_____	_____
R12.2	_____	_____	_____	_____
R12.1	_____	_____	_____	_____
R13	_____	_____	_____	_____
R14	_____	_____	_____	_____
R14.1	_____	_____	_____	_____
R15	_____	_____	_____	_____
R16	_____	_____	_____	_____
R17.1	_____	_____	_____	_____
R17.2	_____	_____	_____	_____
R18.1	_____	_____	_____	_____
R18.2	_____	_____	_____	_____
R18.3	_____	_____	_____	_____
R18.4	_____	_____	_____	_____
R18.5	_____	_____	_____	_____
R19	_____	_____	_____	_____
R19.2	_____	_____	_____	_____
R21.1	_____	_____	_____	_____
R22.3	_____	_____	_____	_____
R22.2	_____	_____	_____	_____
R22.1	_____	_____	_____	_____
R22.4	_____	_____	_____	_____

ATENCION: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION

8002

Modelo ZUU1

FOLIO DE CAPTURA

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		2. FECHA DE NACIMIENTO	
Nombre (s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____		Dia _____ Mes _____ Año _____	
1.1 NUM. DE SEGURIDAD SOCIAL _____		10 Dia _____ Mes _____ Año _____	
3. SEXO: Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. EDAD CUMPLIDA Años _____ Si era menor de un año, escriba si se trata de: Meses _____ Días _____ Horas _____	5. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____	
6. ESTADO CONYUGAL: Soltero <input type="radio"/> 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			
7. RESIDENCIA HABITUAL: (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido):			
7.2 Calle, número y colonia _____		7.3 Localidad _____	
Municipio o Delegación _____		Entidad Federativa _____	
8. OCUPACION HABITUAL: Ejem. Albañil, 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	
10. 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		11. NOMBRES: Del Padre _____ De la Madre _____ Del Cónyuge _____	
12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION:			
12.1 Calle, número y colonia _____		12.2 Localidad _____	
Municipio o Delegación _____		Entidad Federativa _____	
13. SITIO: Unidad médica: Hogar <input type="radio"/> 3 Pública <input type="radio"/> 1 Privada <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 4		14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Dia _____ Mes _____ Año _____ Hora _____	
15. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		16. CAUSAS DE LA DEFUNCION Anoté una sola causa en cada renglón. No quiere decirse con esto el modo de morir - Ejemplo: debilidad cardíaca, asfexia, etc.; significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas, antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada. Debe mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental		a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____	
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 FALLECIDA ES UNA MUJER, 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 18.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 18.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <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 Vía pública <input type="radio"/> 3 Centro de recreo <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 5	
18.4 Violencia familiar: Si la muerte fue por homicidio señale si el presunto agresor es familiar del fallecido. <input type="radio"/> 1		18.5 La defunción fue registrada en el ministerio público con el acta núm. _____	
18.5 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		18.6 Autoridad que ordenó la necropsia _____	
18.7 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____			
19. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 No médico <input type="radio"/> 4		19.1 Si el certificador es médico: Cédula de la DGP _____ Núm. _____	
19.2 Si el certificador 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 certificador _____	
19.4 Domicilio y teléfono del certificador _____			
20. NOMBRE DEL INFORMANTE _____		20.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO: _____	
21. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ del Registro Civil Libro Núm. _____ 21.1 Acta Núm. _____		22. Lugar y fecha del registro: 22.1 Localidad _____ 22.2 Municipio, Delegación _____ 22.3 Entidad Federativa _____ 22.4 Dia _____ Mes _____ Año _____	

1	9
R2	
10	17
R3	18
R4	21
R5	22
R6	23
R7.3	25
R7.2	28
R7.1	32
R8	34
R9	35
R10	37
R12.2	39
R12.1	42
R13	43
R14	51
R14.1	53
R15	54
R16	58
R17.1	59
R17.2	60
R18.1	61
R18.2	62
R18.3	63
R18.4	64
R18.5	65
R19	66
R19.2	67
R21.1	71
R22.3	73
R22.2	76
R22.1	80
R22.4	85

ATENCIÓN: SE LE RECORDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCION

2003

modelo 2001

FOLIO DE CAPTURA

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		2. FECHA DE NACIMIENTO		R2
Nombre (s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____		Día _____ Mes _____ Año _____		R3
1.1 NUM. DL. SEGURIDAD SOCIAL _____		10 Día _____ Mes _____ Año _____		R4
3. SEXO: Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. EDAD CUMPLIDA Años _____ Si era menor de un año, escriba si se trata de: Meses _____ Dias _____ Horas _____	5. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____		R5
6. ESTADO CONYUGAL: 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		7.1 _____		R6
7. RESIDENCIA HABITUAL: (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido): Calle, número y colonia _____		7.2 _____		R7.3
8. OCUPACION HABITUAL: Ejem. Albañil, 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		R7.2
10. DERECHOHABIENTE: 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		11. NOMBRAS: Del Padre _____ De la Madre _____ Del Cónyuge _____		R7.1
12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION: Calle, número y colonia _____		12.1 _____		R8
13. SITIO: Unidad médica: Hogar <input type="radio"/> 3 Pública <input type="radio"/> 1 Privada <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 4		14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____		R9
16. CAUSAS DE LA DEFUNCION PARTE I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas, antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada. Debe mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ 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) _____		15. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		R10
17. SI LA FALLECIDA ES UNA MUJER, 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		18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 18.1 Fue un presunto: 1 Homicidio 2 Homicidio en el desempeño de su trabajo 3 Suicidio 4 Se ignora 5 18.2 ¿Ocurrió en el: 1 Hogar 2 Trabajo 3 Vía pública 4 Centro de recreo 5 Otro 18.3 Lugar donde ocurrió la lesión: 1 Violencia familiar 2 Si la muerte fue por homicidio señale si el presunto agresor es familiar del fallecido. 3 Si la muerte fue por homicidio fue registrada en el ministerio público con el acta núm. 4 18.4 ¿Se practicó necropsia? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 18.5 Autoridad que ordenó la necropsia _____ 18.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____		R12.2
19. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 No médico <input type="radio"/> 4		19.1 Si el certificador es médico: Cédula de la DGP _____ Núm. _____		R12.1
19.2 Si el certificador 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 _____		R13
20. NOMBRE DEL INFORMANTE: _____		20.1 Parentesco con el fallecido: _____		R14
21. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ del Registro Civil		22. Lugar y fecha del registro: 22.1 _____ Localidad _____ 22.2 _____ Municipio o Delegación _____ 22.3 _____ Entidad Federativa _____		R14.1
21.1 Acta Núm. _____		22.4 _____		R15
23. _____		22.5 _____		R16

ATENCION: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES DEL REVERSO.

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A)			
	2. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9		3. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____	
	5. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día _____ Horas Para menores de un mes _____ Días Para menores de un año _____ Meses Para personas de un año o más _____ Años cumplidos		4. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida <input type="radio"/> (consulte el instructivo de llenado)	
	6. CURP DEL FALLECIDO(A)			
	7. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Vuelto(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	8. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)) 8.1 Calle y número _____ 8.2 Localidad o Colonia _____ 8.3 Municipio o Delegación _____ 8.4 Entidad Federativa _____			
	9. OCUPACIÓN HABITUAL		10. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 No aplica <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	11. INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input type="radio"/> 99			
	13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 19.1 Nombre de la unidad médica _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Sin lugar <input type="radio"/> 99			
DE LA DEFUNCIÓN	14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Calle y número _____ 14.2 Localidad o Colonia _____ 14.3 Municipio o Delegación _____ 14.4 Entidad Federativa _____			
	15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte código CIE-10	
	<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas, antecedentes, Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
	19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Espacio para código CIE-10 _____		20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
	21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	23.3 Lugar donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____	
	23.7. En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y Localidad o Colonia _____ 23.7.2 Municipio o Delegación _____ 23.7.3 Entidad Federativa _____			
DEL INFORMANTE	24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1 Nombre _____		24.2 Parentesco con el fallecido(a) _____	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
DEL CERTIFICANTE	27. DATOS DEL CERTIFICANTE 27.1 Nombre y Firma _____		27.2 Domicilio y Teléfono _____	
	28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
DEL REG. CIVIL	29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. _____ Libro N.º _____		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio _____ 30.3 Entidad _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
	29.1. Acta Núm. _____		30.4. Día _____ Mes _____ Año _____	



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL **1999**

MODELO 1994

FOJO DE CAPTURA

1 **936589** 8

Antes de llenar el certificado, leer las instrucciones anotadas en el reverso

Datos del producto del embarazo y del suceso	1. SEXO: Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input checked="" type="radio"/> 2 Indeterminado <input type="radio"/> 3	2. EDAD GESTACIONAL: <input type="text"/> (Semanas)	3. PESO: <input type="text"/> (Gramos)	4. DE UN EMBARAZO: Unico <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 3 y más <input type="radio"/> 3	5. RECIBIO ATENCIÓN PRENATAL: SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9.1 D9.2 D10 D10.1 D11 D12 D13																
	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 EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Hora <input type="text"/>				D14 D15 D16 D17 D18 D19 D20 D21 D22 D23 D24 D25															
	9. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Calle, número y colonia <input type="text"/> Localidad <input type="text"/> Municipio o delegación <input type="text"/> Entidad federativa <input type="text"/>																					
	10. SITIO: Unidad medica <input type="radio"/> 1 Hogar <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3	10.1. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?: Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> 2 Empírica <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Titulada <input type="radio"/>		11. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE: Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutico <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			D26 D27 D28 D29 D30 D31 D32 D33 D34 D35															
	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 EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: 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				D36 D37 D38 D39 D40 D41 D42 D43 D44 D45															
	14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL: Anote solamente una causa en cada renglon a) b) ó c) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="3">                 PARTE I                  Condición fetal o materna que causo directamente la muerte                   Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa (a) anotando en último lugar la causa primaria             </td> <td>a) <input type="text"/></td> <td rowspan="3">                 Especifique si la causa fue:  <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>Fetal</th> <th>Materna</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>b) <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) <input type="text"/></td> <td></td> </tr> </table>						PARTE I Condición fetal o materna que causo directamente la muerte  Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa (a) anotando en último lugar la causa primaria	a) <input type="text"/>	Especifique si la causa fue: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>Fetal</th> <th>Materna</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Fetal	Materna	<input type="text"/>	b) <input type="text"/>		c) <input type="text"/>		D46 D47 D48 D49 D50 D51 D52 D53 D54 D55 D56 D57 D58 D59 D60 D61 D62 D63 D64					
	PARTE I Condición fetal o materna que causo directamente la muerte  Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa (a) anotando en último lugar la causa primaria	a) <input type="text"/>	Especifique si la causa fue: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>Fetal</th> <th>Materna</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Fetal	Materna	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
		Fetal		Materna																		
		<input type="text"/>		<input type="text"/>																		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
b) <input type="text"/>																						
c) <input type="text"/>																						
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)																						
15. NOMBRE: Nombre (s) <input type="text"/> Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> 16. EDAD: <input type="text"/> año																						
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																						
18. RESIDENCIA HABITUAL: (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVE LA MADRE) Calle, número y colonia <input type="text"/> Localidad <input type="text"/> Municipio o delegación <input type="text"/> Entidad federativa: <input type="text"/>																						
19. OCUPACIÓN HABITUAL: <input type="text"/> (numero) Ejemplo: secretaria, dentista, hogar, etc.			20. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE T. VO: 20.1 NACIDOS VIVOS <input type="text"/> 20.2 NACIDOS MUERTOS <input type="text"/>																			
21. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> 1 Menos de 3 años <input type="radio"/> 2 3 a 5 años <input type="radio"/> 3 Secundaria o equivalente <input type="radio"/> 4 Preparatoria o equivalente <input type="radio"/> 5 Primaria completa <input type="radio"/> 6			22. DERECHO HABIENTE: Ninguna <input type="radio"/> 1 INSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 Fuerzas <input type="radio"/>																			
23. NOMBRE: Nombre (s) <input type="text"/> Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>		24. EDAD: <input type="text"/> años	25. OCUPACIÓN HABITUAL: Ejemplo: Albañil, carpintero, etc.			D65 D66 D67 D68 D69 D70 D71 D72 D73 D74 D75 D76 D77 D78 D79 D80 D81 D82 D83 D84 D85 D86 D87 D88 D89 D90 D91 D92 D93 D94 D95 D96 D97 D98 D99 D100																
26. CERTIFICADA POR: Médico <input type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Médico Legista <input type="radio"/> 3 Otro médico <input type="radio"/> 4 No médico <input type="radio"/> 5		26.1 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Cédula de la PCP Núm. <input type="text"/>																				
26.2 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		26.3 NOMBRE Y <input type="text"/>																				
26.4 DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: <input type="text"/>																						
27. NOMBRE DEL INFORMANTE: <input type="text"/>			27.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO: <input type="text"/>																			
28. LA DEFUNCIÓN FUE INS... N <input type="text"/>			28.1 OFICINA O JUZGADO: Núm. <input type="text"/> del registro civil																			
28.3 <input type="text"/>			28.4 <input type="text"/>																			
28.5 <input type="text"/>			28.6 <input type="text"/>																			
28.7 <input type="text"/>			28.8 <input type="text"/>																			
28.9 <input type="text"/>			28.10 <input type="text"/>																			
28.11 <input type="text"/>			28.12 <input type="text"/>																			
28.13 <input type="text"/>			28.14 <input type="text"/>																			
28.15 <input type="text"/>			28.16 <input type="text"/>																			
28.17 <input type="text"/>			28.18 <input type="text"/>																			
28.19 <input type="text"/>			28.20 <input type="text"/>																			
28.21 <input type="text"/>			28.22 <input type="text"/>																			
28.23 <input type="text"/>			28.24 <input type="text"/>																			
28.25 <input type="text"/>			28.26 <input type="text"/>																			
28.27 <input type="text"/>			28.28 <input type="text"/>																			
28.29 <input type="text"/>			28.30 <input type="text"/>																			
28.31 <input type="text"/>			28.32 <input type="text"/>																			
28.33 <input type="text"/>			28.34 <input type="text"/>																			
28.35 <input type="text"/>			28.36 <input type="text"/>																			
28.37 <input type="text"/>			28.38 <input type="text"/>																			
28.39 <input type="text"/>			28.40 <input type="text"/>																			
28.41 <input type="text"/>			28.42 <input type="text"/>																			
28.43 <input type="text"/>			28.44 <input type="text"/>																			
28.45 <input type="text"/>			28.46 <input type="text"/>																			
28.47 <input type="text"/>			28.48 <input type="text"/>																			
28.49 <input type="text"/>			28.50 <input type="text"/>																			
28.51 <input type="text"/>			28.52 <input type="text"/>																			
28.53 <input type="text"/>			28.54 <input type="text"/>																			
28.55 <input type="text"/>			28.56 <input type="text"/>																			
28.57 <input type="text"/>			28.58 <input type="text"/>																			
28.59 <input type="text"/>			28.60 <input type="text"/>																			
28.61 <input type="text"/>			28.62 <input type="text"/>																			
28.63 <input type="text"/>			28.64 <input type="text"/>																			
28.65 <input type="text"/>			28.66 <input type="text"/>																			
28.67 <input type="text"/>			28.68 <input type="text"/>																			
28.69 <input type="text"/>			28.70 <input type="text"/>																			
28.71 <input type="text"/>			28.72 <input type="text"/>																			
28.73 <input type="text"/>			28.74 <input type="text"/>																			
28.75 <input type="text"/>			28.76 <input type="text"/>																			
28.77 <input type="text"/>			28.78 <input type="text"/>																			
28.79 <input type="text"/>			28.80 <input type="text"/>																			
28.81 <input type="text"/>			28.82 <input type="text"/>																			
28.83 <input type="text"/>			28.84 <input type="text"/>																			
28.85 <input type="text"/>			28.86 <input type="text"/>																			
28.87 <input type="text"/>			28.88 <input type="text"/>																			
28.89 <input type="text"/>			28.90 <input type="text"/>																			
28.91 <input type="text"/>			28.92 <input type="text"/>																			
28.93 <input type="text"/>			28.94 <input type="text"/>																			
28.95 <input type="text"/>			28.96 <input type="text"/>																			
28.97 <input type="text"/>			28.98 <input type="text"/>																			
28.99 <input type="text"/>			28.100 <input type="text"/>																			

Remítase original al centro de salud de la SSA.



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

200

FOLIO DE CAPTURA

0964873

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

DATOS DEL PRODUCCION DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO MASCULINO <input checked="" type="radio"/> 1 FEMENINO <input type="radio"/> 2 INDETERMINADO <input type="radio"/> 3	2. EDAD GESTACIONAL <input type="text"/> (SEMANAS)	3. PEGO <input type="text"/> (GRAMOS)	4. DE UN EMBARAZO UNICO <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 2	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13	
	6. ESTE EMBARAZO FUE: NORMAL <input type="radio"/> 1 COMPLICADO <input checked="" type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIO: ANTES DEL PARTO <input checked="" type="radio"/> 1 DURANTE EL PARTO <input type="radio"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSION O EXTRACCION: DIA MES AÑO HORA			D14	
	9. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA EXPULSION O EXTRACCION: CALLE, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA					D15 D16 D17 D18 D19 D20 D21 D22 D23 D24 D25	
	10. SITIO UNIDAD MEDICA <input type="radio"/> 1 HOGAR <input checked="" 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				D26 D27 D28 D29 D30 D31 D32 D33 D34 D35	
	11. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE: ESPONTANEO <input type="radio"/> 1 PROVOCADO <input checked="" 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 SE NINGUNO <input checked="" type="radio"/> 5			D36 D37 D38 D39 D40 D41 D42 D43 D44 D45 D46 D47 D48 D49 D50 D51 D52 D53 D54 D55 D56 D57 D58 D59 D60 D61 D62 D63 D64 D65 D66 D67 D68 D69 D70 D71 D72 D73 D74 D75 D76 D77 D78 D79 D80 D81 D82 D83 D84 D85 D86 D87 D88 D89 D90 D91 D92 D93 D94 D95 D96 D97 D98 D99 D100	
14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLON (A) (B) (C) PARTE I CONDICION FETAL O MATERNA QUE CAUZO DIRECTAMENTE LA MUERTE CONDICIONES FETALES O MATERNAS QUE ORIGINARON LA CAUSA DIRECTA (a), ANOTANDO EN ULTIMO LUGAR LA CAUSA PRIMARIA. 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). ESPECIFIQUE SI LA CAUSA FUE: FETAL MATERNA					D101 D102 D103 D104 D105 D106 D107 D108 D109 D110 D111 D112 D113 D114 D115 D116 D117 D118 D119 D120 D121 D122 D123 D124 D125 D126 D127 D128 D129 D130 D131 D132 D133 D134 D135 D136 D137 D138 D139 D140 D141 D142 D143 D144 D145 D146 D147 D148 D149 D150 D151 D152 D153 D154 D155 D156 D157 D158 D159 D160 D161 D162 D163 D164 D165 D166 D167 D168 D169 D170 D171 D172 D173 D174 D175 D176 D177 D178 D179 D180 D181 D182 D183 D184 D185 D186 D187 D188 D189 D190 D191 D192 D193 D194 D195 D196 D197 D198 D199 D200		
15. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO					16. EDAD AÑOS	D151 D152 D153 D154 D155 D156 D157 D158 D159 D160 D161 D162 D163 D164 D165 D166 D167 D168 D169 D170 D171 D172 D173 D174 D175 D176 D177 D178 D179 D180 D181 D182 D183 D184 D185 D186 D187 D188 D189 D190 D191 D192 D193 D194 D195 D196 D197 D198 D199 D200	
17. ESTADO CIVIL SOLTERA <input type="radio"/> 1 CASADA <input checked="" 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						D201 D202 D203 D204 D205 D206 D207 D208 D209 D210 D211 D212 D213 D214 D215 D216 D217 D218 D219 D220 D221 D222 D223 D224 D225 D226 D227 D228 D229 D230 D231 D232 D233 D234 D235 D236 D237 D238 D239 D240 D241 D242 D243 D244 D245 D246 D247 D248 D249 D250 D251 D252 D253 D254 D255 D256 D257 D258 D259 D260 D261 D262 D263 D264 D265 D266 D267 D268 D269 D270 D271 D272 D273 D274 D275 D276 D277 D278 D279 D280 D281 D282 D283 D284 D285 D286 D287 D288 D289 D290 D291 D292 D293 D294 D295 D296 D297 D298 D299 D300	
18. RESIDENCIA HABITUAL (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVE LA MADRE) CALLE, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA						D301 D302 D303 D304 D305 D306 D307 D308 D309 D310 D311 D312 D313 D314 D315 D316 D317 D318 D319 D320 D321 D322 D323 D324 D325 D326 D327 D328 D329 D330 D331 D332 D333 D334 D335 D336 D337 D338 D339 D340 D341 D342 D343 D344 D345 D346 D347 D348 D349 D350 D351 D352 D353 D354 D355 D356 D357 D358 D359 D360 D361 D362 D363 D364 D365 D366 D367 D368 D369 D370 D371 D372 D373 D374 D375 D376 D377 D378 D379 D380 D381 D382 D383 D384 D385 D386 D387 D388 D389 D390 D391 D392 D393 D394 D395 D396 D397 D398 D399 D400	
19. OCUPACION HABITUAL EJEMPLO: SECRETARIA, DENTISTA, HOGARERO 20.1 NACIDOS VIVOS NUMERO 20.2 NACIDOS MUERTOS NUMERO						D401 D402 D403 D404 D405 D406 D407 D408 D409 D410 D411 D412 D413 D414 D415 D416 D417 D418 D419 D420 D421 D422 D423 D424 D425 D426 D427 D428 D429 D430 D431 D432 D433 D434 D435 D436 D437 D438 D439 D440 D441 D442 D443 D444 D445 D446 D447 D448 D449 D450 D451 D452 D453 D454 D455 D456 D457 D458 D459 D460 D461 D462 D463 D464 D465 D466 D467 D468 D469 D470 D471 D472 D473 D474 D475 D476 D477 D478 D479 D480 D481 D482 D483 D484 D485 D486 D487 D488 D489 D490 D491 D492 D493 D494 D495 D496 D497 D498 D499 D500	
21. ESCOLARIDAD NINGUNA <input type="radio"/> 1 MENOS DE 3 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 2 3 A 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 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	D501 D502 D503 D504 D505 D506 D507 D508 D509 D510 D511 D512 D513 D514 D515 D516 D517 D518 D519 D520 D521 D522 D523 D524 D525 D526 D527 D528 D529 D530 D531 D532 D533 D534 D535 D536 D537 D538 D539 D540 D541 D542 D543 D544 D545 D546 D547 D548 D549 D550 D551 D552 D553 D554 D555 D556 D557 D558 D559 D560 D561 D562 D563 D564 D565 D566 D567 D568 D569 D570 D571 D572 D573 D574 D575 D576 D577 D578 D579 D580 D581 D582 D583 D584 D585 D586 D587 D588 D589 D590 D591 D592 D593 D594 D595 D596 D597 D598 D599 D600	
23. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO					24. EDAD AÑOS	25. OCUPACION HABITUAL EJEMPLO: ALBAÑIL, CARPINTERO, ETC.	D601 D602 D603 D604 D605 D606 D607 D608 D609 D610 D611 D612 D613 D614 D615 D616 D617 D618 D619 D620 D621 D622 D623 D624 D625 D626 D627 D628 D629 D630 D631 D632 D633 D634 D635 D636 D637 D638 D639 D640 D641 D642 D643 D644 D645 D646 D647 D648 D649 D650 D651 D652 D653 D654 D655 D656 D657 D658 D659 D660 D661 D662 D663 D664 D665 D666 D667 D668 D669 D670 D671 D672 D673 D674 D675 D676 D677 D678 D679 D680 D681 D682 D683 D684 D685 D686 D687 D688 D689 D690 D691 D692 D693 D694 D695 D696 D697 D698 D699 D700
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 O.P.P. NUM		D701 D702 D703 D704 D705 D706 D707 D708 D709 D710 D711 D712 D713 D714 D715 D716 D717 D718 D719 D720 D721 D722 D723 D724 D725 D726 D727 D728 D729 D730 D731 D732 D733 D734 D735 D736 D737 D738 D739 D740 D741 D742 D743 D744 D745 D746 D747 D748 D749 D750 D751 D752 D753 D754 D755 D756 D757 D758 D759 D760 D761 D762 D763 D764 D765 D766 D767 D768 D769 D770 D771 D772 D773 D774 D775 D776 D777 D778 D779 D780 D781 D782 D783 D784 D785 D786 D787 D788 D789 D790 D791 D792 D793 D794 D795 D796 D797 D798 D799 D800
26.2 SI EL CERTIFICANTE NO ES MEDICO INDIQUE: PERSONA AUTORIZADA POR SSA <input type="radio"/> 1 AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3					26.3 NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICANTE		D801 D802 D803 D804 D805 D806 D807 D808 D809 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D819 D820 D821 D822 D823 D824 D825 D826 D827 D828 D829 D830 D831 D832 D833 D834 D835 D836 D837 D838 D839 D840 D841 D842 D843 D844 D845 D846 D847 D848 D849 D850 D851 D852 D853 D854 D855 D856 D857 D858 D859 D860 D861 D862 D863 D864 D865 D866 D867 D868 D869 D870 D871 D872 D873 D874 D875 D876 D877 D878 D879 D880 D881 D882 D883 D884 D885 D886 D887 D888 D889 D890 D891 D892 D893 D894 D895 D896 D897 D898 D899 D900
26.4 DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE					27. NOMBRE DEL INFORMANTE		D901 D902 D903 D904 D905 D906 D907 D908 D909 D910 D911 D912 D913 D914 D915 D916 D917 D918 D919 D920 D921 D922 D923 D924 D925 D926 D927 D928 D929 D930 D931 D932 D933 D934 D935 D936 D937 D938 D939 D940 D941 D942 D943 D944 D945 D946 D947 D948 D949 D950 D951 D952 D953 D954 D955 D956 D957 D958 D959 D960 D961 D962 D963 D964 D965 D966 D967 D968 D969 D970 D971 D972 D973 D974 D975 D976 D977 D978 D979 D980 D981 D982 D983 D984 D985 D986 D987 D988 D989 D990 D991 D992 D993 D994 D995 D996 D997 D998 D999 D1000
27.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO					28. LA MUERTE FETAL FUE INSCRITA EN: 28.1 OFICIALIA O JUZGADO NUM. DEL REGISTRO CIVIL 28.3 LOCALIDAD 28.4 MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA		D1001 D1002 D1003 D1004 D1005 D1006 D1007 D1008 D1009 D1010 D1011 D1012 D1013 D1014 D1015 D1016 D1017 D1018 D1019 D1020 D1021 D1022 D1023 D1024 D1025 D1026 D1027 D1028 D1029 D1030 D1031 D1032 D1033 D1034 D1035 D1036 D1037 D1038 D1039 D1040 D1041 D1042 D1043 D1044 D1045 D1046 D1047 D1048 D1049 D1050 D1051 D1052 D1053 D1054 D1055 D1056 D1057 D1058 D1059 D1060 D1061 D1062 D1063 D1064 D1065 D1066 D1067 D1068 D1069 D1070 D1071 D1072 D1073 D1074 D1075 D1076 D1077 D1078 D1079 D1080 D1081 D1082 D1083 D1084 D1085 D1086 D1087 D1088 D1089 D1090 D1091 D1092 D1093 D1094 D1095 D1096 D1097 D1098 D1099 D1100
28.2 FECHA DE REGISTRO DIA MES AÑO					28.2 FECHA DE REGISTRO DIA MES AÑO		D1101 D1102 D1103 D1104 D1105 D1106 D1107 D1108 D1109 D1110 D1111 D1112 D1113 D1114 D1115 D1116 D1117 D1118 D1119 D1120 D1121 D1122 D1123 D1124 D1125 D1126 D1127 D1128 D1129 D1130 D1131 D1132 D1133 D1134 D1135 D1136 D1137 D1138 D1139 D1140 D1141 D1142 D1143 D1144 D1145 D1146 D1147 D1148 D1149 D1150 D1151 D1152 D1153 D1154 D1155 D1156 D1157 D1158 D1159 D1160 D1161 D1162 D1163 D1164 D1165 D1166 D1167 D1168 D1169 D1170 D1171 D1172 D1173 D1174 D1175 D1176 D1177 D1178 D1179 D1180 D1181 D1182 D1183 D1184 D1185 D1186 D1187 D1188 D1189 D1190 D1191 D1192 D1193 D1194 D1195 D1196 D1197 D1198 D1199 D1200

REMITASE ORIGINAL AL CENTRO DE SALUD DE LA SSA



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

2001

MODELO 196

FOLIO DE CAPTURA  
00217945

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 checked="" type="radio"/> 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 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9.1 D9.2 D10 D10.1 D11 D12 D13
	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		D14
	9. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA EXPULSION O EXTRACCION: CALLE, NUMERO Y COLONIA MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA					
	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		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		
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				
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA REÑOLÓN (a) (b) ó (c) PARTE I CONDICION FETAL O MATERNA QUE CAUSO DIRECTAMENTE LA MUERTE DEBIDO A (a) COMO CONSECUENCIA DE: 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)				ESPECIFIQUE SI LA CAUSA FUE: FETAL MATERNA	
	15. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO				16. EDAD AÑOS	
DATOS DE LA MADRE	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					D16 D17
	18. RESIDENCIA HABITUAL: (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVE LA MADRE) CALLE, NUMERO Y COLONIA MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA					D18.1 D18.2 D18.3
	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)			D19 D20.1 D20.2
	21. ESCOLARIDAD: NINGUNA <input type="radio"/> 1 MENOS DE 3 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 2 3 A 8 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. DERECHONABIENTE: 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			D21 D22
DEL PADRE	23. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO		24. EDAD AÑOS	25. OCUPACION HABITUAL EJEMPLO: ALBAÑIL, CARPINTERO, ETC.		D24 D25
	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.O.P. NUM. _____			
CERTIFICANTE	26.2 SI EL CERTIFICANTE NO ES MEDICO INDIQUE: PERSONA AUTORIZADA POR SSA <input type="radio"/> 1 AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3		26.3 NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICANTE			D26.1 D26.2
	26.4 DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE					
REGISTRO CIVIL	27. NOMBRE DEL INFORMANTE		27.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO			
	28. LA MUERTE FETAL FUE INSCRITA EN: LOCALIDAD		28.1 OFICIALIA O JUZGADO NUM. _____ DEL REGISTRO CIVIL			D28.3 D28.4
	28.2 FECHA DE REGISTRO DIA MES AÑO		28.3 MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA			D28.5 D28.2

REMITASE ORIGINAL AL CENTRO DE SALUD DE LA SSA

DISTRIBUCION GRATUITA



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

8002

FOLIO DE CAPTURA

1017460

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 checked="" type="radio"/> 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 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D10.1 D11 D12 D13	
	6. ESTE EMBARAZO FUE: NORMAL <input checked="" type="radio"/> COMPLICADO <input type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: ANTES DEL PARTO <input type="radio"/> 1 DURANTE EL PARTO <input checked="" type="radio"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSION O EXTRACCION: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DA MES AÑO HORA			D14	
	9. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA EXPULSION O EXTRACCION: CALLE, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD 9.1 MUNICIPIO O DELEGACION 9.2 ENTIDAD FEDERATIVA					D14	
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	10. SITIO UNIDAD MEDICA <input type="radio"/> 1 HOGAR <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3	10.1 ¿ QUIEN ATENDIÓ LA EXPULSION O EXTRACCION ? MEDICO <input checked="" type="radio"/> 1 ENFERMERA TITULADA <input type="radio"/> 2 EMPIRICA <input type="radio"/> 3 OTRO <input type="radio"/> 4					
	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 checked="" type="radio"/> 1 FORCEPS <input type="radio"/> 2 LEGRADO <input type="radio"/> 3 OTRO <input type="radio"/> 4 SE NINGUNO <input type="radio"/> 5				
	14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLO (a) (b) o (c) ESPECIFIQUE SI LA CAUSA FUE: FETAL MATERNA PARTE I CONDICION FETAL O MATERNA QUE CAUSÓ DIRECTAMENTE LA MUERTE DEBIDO A (a) COMO CONSECUENCIA DE: CONDICIONES FETALES O MATERNAS QUE ORIGINARON LA CAUSA DIRECTA (a), ANOTANDO EN ULTIMO LUGAR LA CAUSA PRIMARIA DEBIDO A (b) COMO CONSECUENCIA DE: PARTE II OTRAS CONDICIONES DEL FETO O DE LA MADRE QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADAS CON LAS CAUSAS DE a), b) o c)						
DATOS DE LA MADRE	15. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO			16. EDAD [ ] AÑOS		D16	
	17. ESTADO CIVIL SOLTERA <input type="radio"/> 1 CASADA <input checked="" 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					D17	
	18. RESIDENCIA HABITUAL: (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVE LA MADRE) CALLE, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD 18.1 MUNICIPIO O DELEGACION 18.2 ENTIDAD FEDERATIVA					D18.1 D18.2 D18.3	
	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)			D19 D20.1	
	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 checked="" type="radio"/> 5 PREPARATORIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 6 PROFESIONAL <input type="radio"/> 7 SE IGNORA <input type="radio"/> 9		22. DERECHOAHABIENTE: NINGUNA <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 FUERZAS ARMADAS <input type="radio"/> 5 OTIA <input type="radio"/> 6 SE IGNORA <input type="radio"/> 9			D20.2 D21 D22	
DATOS DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO		24. EDAD [ ] AÑOS	25. OCUPACION HABITUAL EJEMPLO: ALBAÑIL, CARPINTERO, ETC		D23 D24	
	26. CERTIFICADA POR: MEDICO TRATANTE <input checked="" 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. [ ]			D25 D26
	26.2 SI EL CERTIFICANTE NO ES MEDICO INDIQUE: PERSONA AUTORIZADA POR SSA <input type="radio"/> 1 AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3			26.3 NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICANTE			D26.2
	26.4 DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE						
DATOS DEL REGISTRO CIVIL	27. NOMBRE DEL INFORMANTE		27.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO				D27.1
	28. LA MUERTE FETAL FUE INSCRITA EN: 28.3 LOCALIDAD		28.1 OFICIALIA O JUZGADO NUM. [ ] DEL REGISTRO CIVIL				D28.3 D28.4
	28.4 MUNICIPIO O DELEGACION		28.2 FECHA DE REGISTRO [ ] [ ] [ ] DA MES AÑO				D28.5 D28.2

REMITASE ORIGINAL AL CENTRO DE SALUD DE LA SSA



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL **0203**

FOLIO DE CAPTURA  
**1037052**

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 <u>  </u> (SEMANAS)	3. PESO <u>  </u> (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	D01 D02 D03 D04 D05 D06 D07 D08 D09.1 D09.2 D10 D10.1 D11 D12 D13	
	6. ESTE EMBARAZO FUE: NORMAL <input checked="" type="radio"/> COMPLICADO <input type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIO: ANTES DEL PARTO <input type="radio"/> 1 DURANTE EL PARTO <input checked="" type="radio"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSION O EXTRACCION: DIA MES AÑO HORA				D14
	9. LUGAR DONDE OCURRIO LA EXPULSION O EXTRACCION: CALLE, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA						
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	10. SITIO UNIDAD MEDICA <input type="radio"/> 1 HOGAR <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3	10.1 ¿QUEN ATENDIO LA EXPULSION O EXTRACCION? MEDICO <input checked="" type="radio"/> 1 ENFERMERA TITULADA <input type="radio"/> 2 EMPIRICA <input type="radio"/> 3 OTRO <input type="radio"/> 4					
	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 SE NINGUNO <input type="radio"/> 5				
	14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA REGION a) b) o c) ESPECIFIQUE SI LA CAUSA FUE: FETAL MATERNA PARTE I: CONDICION FETAL O MATERNA QUE CAUSO DIRECTAMENTE LA MUERTE CONDICIONES FETALES O MATERNAS QUE ORIGINARON LA CAUSA DIRECTA (a), ANOTANDO EN ULTIMO LUGAR LA CAUSA PRIMARIA DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE): DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE): PARTE II: OTRAS CONDICIONES DEL FETO O DE LA MADRE QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADAS CON LAS CAUSAS DE a), b) o c)						
DATOS DE LA MADRE	15. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO				16. EDAD ANOS	D16 D17	
	17. ESTADO CIVIL SOLTERA <input type="radio"/> 1 CASADA <input checked="" 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						
	18. RESIDENCIA HABITUAL: (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVE LA MADRE) CALLE, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA						
	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)			
VALOR 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. DERECHABIENTE: NINGUNA <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" 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			D18 D20.1 D20.2 D21 D22
	23. NOMBRE NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO			24. EDAD ANOS	25. OCUPACION HABITUAL EJEMPLO: ALBAÑIL, CARPINTERO, ETC.		
DATOS DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR: MEDICO TRATANTE <input checked="" 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. _____			
	26.2 SI EL CERTIFICANTE NO ES MEDICO INDIQUE: PERSONA AUTORIZADA POR SSA <input type="radio"/> 1 AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3			26.3 NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICANTE			
	26.4 DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE						
DEL INF.	27. NOMBRE DEL INFORMANTE			27.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO			
DATOS DEL REGISTRO CIVIL	28. LA MUERTE FETAL FUE INSCRITA EN:			28.1 OFICIALIA O JUZGADO			
	28.2 LOCALIDAD			NUM. _____ DEL REGISTRO CIVIL			
	28.3 MUNICIPIO O DELEGACION			28.2 FECHA DE REGISTRO			
	28.4 ENTIDAD FEDERATIVA			DIA MES AÑO			

REMITASE ORIGINAL AL CENTRO DE SALUD DE LA SSA



**ANEXO E**  
**(ENTREVISTA CASUAL A OBRERO DE MAQUILADORA,**  
**PROGENITOR DE HIJO CON ANENCEFALIA)**

...la piedad depende, en amplia medida, de la cercanía e incluso de la vista del objeto  
(David Hume en Berlinguer 2002:98)

En la elección de un objeto de estudio participan tanto el sujeto que investiga, como lo concreto donde cobra vida el objeto. Este último se selecciona a partir de sus variadas manifestaciones fenoménicas, del conocimiento dado, de su propia relevancia y de la factibilidad para conocerlo, entre otros. De parte del sujeto, en la elección confluyen sus percepciones, sensibilidades, intuiciones, historia de vida, conciencia, razonamientos, creatividad, adhesiones paradigmáticas, pertenencia de clase, aspectos ideológicos, ontológicos y de otra índole, como los que atañen a su espiritualidad. En mi experiencia como investigadora, confronté el cúmulo de aspectos que me significan como sujeto de conocimiento, cuando tuve la oportunidad de estar frente a la manifestación fenoménica del objeto que me interesaba construir. Por ello, a continuación relato ese momento:

### **1. Encuentro con la anencefalia**

El momento que determinó mi decisión para elegir el objeto de estudio que presento, corresponde al encuentro con un feto humano afectado de anencefalia, de casi seis meses de gestación y con una sobrevivencia de escasos sesenta minutos después del nacimiento<sup>1</sup>. Luego de 48 horas en los congeladores del anfiteatro del IMSS dicha criatura presentaba brazos y piernas rígidos, piel entumecida y rojiza, venas azules transparentadas a lo largo de tronco y extremidades, genitales perfectamente desarrollados, posición bípeda semejando a un hombrecito de plástico sin movimiento con aproximadamente veinte centímetros de estatura, suficientes para observar sus ojos saltones y desorbitados, labio leporino, hendidura del paladar y ausencia de cráneo. En ese instante pensé en el progenitor del pequeño que estaba a mi lado, quien llegó buscando al Dr. Moisés Rodríguez Lomelí<sup>2</sup>. Me pregunté sobre los sentimientos y razonamientos del primero, seguramente perfilados a descifrar el enigma de esa presencia, extraña a sus referentes, su hijo a fin de cuentas, procreación suya y de su compañera. En su incontrolable nerviosismo, podría también estar

---

<sup>1</sup> La criatura nació el 30 de noviembre del 2001 en la clínica 30 del IMSS Mexicali.

<sup>2</sup> El Dr. es un estudioso de los defectos del tubo neural en Baja California y fue quien me invitó al anfiteatro.

rememorando el sufrimiento de su mujer sometida a parto por inducción durante una semana completa en uno de los cuartos de la Clínica 30 del IMSS de Mexicali, Baja California, porque a decir de los galenos, la dilatación uterina había sido lenta y se había descartado el legrado debido a que los huesitos del feto aunque pequeños, eran lo suficientemente grandes y filosos para haber dañado el canal de parto.

Una vez alejados de las cámaras frías, le pregunté al progenitor:

-Qué edad tiene?

-treinta y un años

- Dónde trabaja y qué actividad realiza?

-Trabajo en Sony de Mexicali y me dedico a la soldadura de partes para televisión. Estoy ante una máquina donde se encuentra un crisol con estaño hirviendo. De manera mecánica la pieza entra y sale del crisol y yo la volteo y la acomodo en un determinado lugar.

-Tiene peligro de quemarse cuando volteo la pieza?

-No, por los guantes especiales que utilizo. También uso mascarilla que a veces me quito porque es muy pesado tenerla todo el tiempo sobre mi cara.

- Desde cuándo realiza esa actividad?

- Duré tres años ahí. Hace seis meses me cambiaron a otra sección.

- Dónde trabaja su esposa y qué actividad realiza?

- Ella también trabaja en Sony cortando alambre cerca de unos monitores de televisión; pero eso no podría haberla dañado durante el embarazo, porque en la casa todos vemos televisión.

- Qué edad tiene su esposa?

- veintiséis años.

- La casa donde habitan está cerca de alguna fábrica?

- De ninguna. Vivimos en Residencias El Rey, atrás de la comandancia de policía.

- Algún familiar suyo o de su esposa ha tenido niños que hayan nacido con alguna malformación?

- De mi lado, una tía que tuvo un hijo no sé cómo.