



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2020

FOLIO

032002353

1. NOMBRE <u>Luz Mcha</u> Nombre (s)		<u>Melchor</u> Primer Apellido		<u>Carredia</u> Segundo Apellido							
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>M E C L 8 9 1 2 2 6 M M C L R 2 0 5</u>											
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>San Felipe del Progreso</u> 2.1 Municipio o Alcaldía						<u>MEXICO</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)					
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>26/2/1989</u> Día Mes Año		4. EDAD <u>33</u> Años		5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Se considera indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique:					
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casada <input checked="" type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>											
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>San Bartolo del Llano</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Barrio Cuatro</u> 7.3 Núm. Ext. <u>S/N</u> 7.4 Núm. Int. <u>S/N</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Localidad</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Bartolo del Llano</u> 7.7 Código Postal <u>50740</u> 7.8 Localidad <u>San Bartolo del Llano</u> 7.9 Municipio o Alcaldía <u>Atzacama</u> 7.10 Entidad federativa <u>MEXICO</u> 7.11 Teléfono <u>71 2 2 2 6 1 6 3 6</u>											
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>04</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidas/os Vivas/os <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/>		10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Viva/o <input checked="" type="radio"/> Muerta/o <input type="radio"/> No ha tenido <input type="radio"/> 10.1 Vive aún <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, múltiples) <u>04</u> Se ignora <input type="radio"/>					
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>09</u> Se ignora <input type="radio"/>											
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción											
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>016951981-4 2F1989UR</u>											
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>AMO</u> <u>Casa</u> Se ignora <input type="radio"/>		16.1 Trabaja actualmente Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		17. EDAD DEL PADRE <u>28</u> Se ignora <input type="radio"/>	
18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>12/06/2023</u> Día Mes Año <u>16:52</u> Horas Minutos						19. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>		20. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas			
21. TALLA <u>50</u> Centímetros		22. PESO AL NACER <u>2978</u> Gramos		23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>09</u> 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) <u>00</u>		24. TAMIZ AUDITIVO Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>					
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.2 Hepatitis B <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.3 Vitamina A <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.4 Vitamina K <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/> *Especifique:									
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) <u>Ninguna aparente</u> b) <u></u> CÓDIGO CIE Uso exclusivo del personal codificador											
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>H62 252 Atzacama</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>M C I M 5 0 0 1 2 0 0</u> Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> *Especifique:											
28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>01:30</u> Horas Minutos		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> *Especifique: ¿Se usaron fórceps? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>									
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médica/o <input checked="" type="radio"/> Enfermera/o <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera/o <input type="radio"/> Otra/o <input type="radio"/> *Especifique: Especifique tipo de médico/a Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otra/o especialista <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/>											
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 31.2 Nombre de la vivienda <u>Flor de Mayo</u> 31.3 Núm. Ext. <u>1207</u> 31.4 Núm. Int. <u></u> 31.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 31.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Martín</u> 31.7 Código Postal <u>50454</u> 31.8 Localidad <u>Atzacama de Fabela</u> 31.9 Municipio o Alcaldía <u>Atzacama</u> 31.10 Entidad federativa <u>MEXICO</u>											

32. NOMBRE <u>Ernesto Raúl</u> Nombre (s)		<u>Pérez</u> Primer Apellido		<u>Ruiz</u> Segundo Apellido	
---	--	---------------------------------	--	---------------------------------	--

33. CERTIFICADO POR

HUELLA DEL DEDO PULGAR  
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE