



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2020
FOLIO

031990496

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO. SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS.
POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO 8VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O Y DEL NACIMIENTO

1. NOMBRE Elizabeth Cruz Hernandez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) CUHHE191018122MIMCIMAIL014	
2. LUGAR DE NACIMIENTO Toluca Mexico 2.1 Municipio o Alcaldía 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO 22/08/1994 Día Mes Año	4. EDAD 28 Años
5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Se considera indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si <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 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Ext. 7.4 Núm. Int. 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal 7.8 Localidad 7.9 Municipio o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 1012 Se ignora <input type="radio"/>	9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os 1010 Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidas/os Vivas/os 1012 Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes 1010 Se ignora <input type="radio"/>
10. LA (EL) HIJO/A ANTERIOR NACIÓ Vivo/a <input checked="" type="radio"/> Muerto/a <input type="radio"/> No ha tenido <input type="radio"/> otras/os hijas/os	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, múltiples) 1012 Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si <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: 1016 Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Si <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"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	
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 checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Secundaria <input 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? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL Costurera 16.1 Trabaja actualmente: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 17. EDAD DEL PADRE	
18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 09/06/2023 11:00 Día Mes Año Horas Minutos	
19. SEXO: Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	
20. EDAD GESTACIONAL: 38 Semanas	
21. TALLA: 149 Centímetros	
22. PESO AL NACER: 2965 Gramos	
23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos): 09 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos): 010	
24. TAMIZ AUDITIVO: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.2 Hepatitis B: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.3 Vitamina A: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.4 Vitamina K: Si <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"/> de *Especifique:	
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) Ninguna aparente b) 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"/> BIENESTAR <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: H62 252 Atlacomulco 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): MCMMS1010117010	
29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO 29.1 ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> *Especifique: 29.2 ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Programada <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> De urgencia <input type="radio"/>	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico/a <input checked="" type="radio"/> Enfermero/a <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"/> MPO <input type="radio"/>	
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda 31.2 Nombre de la vivienda 31.3 Núm. Ext. 31.4 Núm. Int. 31.5 Tipo de asentamiento humano 31.6 Nombre del asentamiento humano 31.7 Código Postal 31.8 Localidad 31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Entidad federativa	

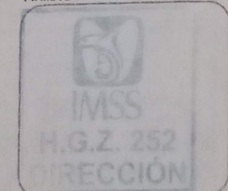
DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE Enrique Zúñiga Guerrero Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
33. CERTIFICADO POR Médico/a pediatra <input checked="" type="radio"/> Médico/a Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro/a médico/a* <input type="radio"/> Enfermero/a <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> Partera/o* <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> *Especifique:	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional: 6648532	
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 35.1 Nombre de la unidad médica 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
36. DOMICILIO Y TELÉFONO 36.1 Tipo de vivienda 36.2 Nombre de la vivienda 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int. 36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Código Postal 36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldía 36.10 Entidad federativa 36.11 Teléfono	
37. FIRMA	38. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09/06/2023 Día Mes Año

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE



SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

ENTREGAR A LA MADRE O GESTANTE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL