



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

FOLIO

032011005

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO. SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRIMEROS CINCUENTA 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 LOS PARTICULARES  
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

1. NOMBRE <u>Yesenia</u> <u>Martinez</u> <u>Reyes</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>M A R I Y 9 7 1 1 2 1 2 8 M M C R I Y S I O 1 9</u>			
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Atzacmulco</u> <u>Mexico</u> 2.1 Municipio o Alcaldía 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)			
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/01/2023</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>25</u> 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 ¿Hable 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"/> 12 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 15 Casada <input type="radio"/> 11 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Se ignora <input type="radio"/> 99			
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Calle</u> <u>San Ignacio de Loyola</u> <u>S/N</u> <u>Colonia</u> 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 <u>El Pozito</u> <u>150416</u> <u>San Ignacio de Loyola</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal 7.8 Localidad <u>Atzacmulco</u> <u>Mexico</u> <u>711215091871</u> 7.9 Municipio o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono			
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidas/os Vivas/os <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Vivo/a <input checked="" type="radio"/> 1 Muerto/a <input type="radio"/> 2 No ha tenido <input type="radio"/> 3 10.1 Vive aun <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos/os, muertas/os, múltiples) <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 12.3 Total de consultas recibidas <u>111</u> Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>1613453064</u>			
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> 13 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleada</u> 16.1 Trabaja actualmente Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	

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

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>12/08/2023</u> <u>14:14</u> Día Mes Año Horas Minutos		19. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	20. EDAD GESTACIONAL <u>14</u> <u>10</u> Semanas
21. TALLA <u>50</u> Centímetros	22. PESO AL NACER <u>3033</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 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.3 Vitamina A Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.4 Vitamina K Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 *Tres o más* <input type="radio"/> 3 *Especifique:		
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) <u>Ninguna aparente</u> b) <u>Ninguna aparente</u> CÓDIGO CIE Uso exclusivo del personal codificador			
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 <u>HGZ 252 Atzacmulco</u> <u>MIC 150011200</u> 28.1 Nombre de la unidad médica 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar* <input type="radio"/> 12 *Especifique:			
28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Horas Minutos		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input checked="" type="radio"/> 2 ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Otro* <input type="radio"/> 3 *Especifique:	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico/a <input checked="" type="radio"/> 1 Enfermero/a <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 3 Parto/a* <input type="radio"/> 4 Otro/a* <input type="radio"/> 8 Especifique tipo de médico/a Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro/a especialista* <input type="radio"/> 12 Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 *Especifique:			
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Calle</u> <u>Flor de María</u> <u>1707</u> <u>Colonia</u> 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 <u>San Martín</u> <u>150416</u> <u>Atzacmulco de Fabella</u> 31.6 Nombre del asentamiento humano 31.7 Código Postal 31.8 Localidad <u>Atzacmulco</u> <u>Mexico</u> 31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Entidad federativa			

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE <u>Miguel Alejandro</u> <u>Sacaveira</u> <u>Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
33. CERTIFICADO POR Médico/a pediatra <input checked="" type="radio"/> 1 Médico/a Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro/a médico/a* <input type="radio"/> 2 Enfermero/a <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4 Parto/a* <input type="radio"/> 5 Autoridad civil* <input type="radio"/> 6 *Especifique:	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD. Número de cédula profesional	
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 <u>Calle</u> <u>Flor de María</u> <u>1707</u> 36.1 Tipo de vivienda 36.2 Nombre de la vivienda 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int. <u>Colonia</u> <u>San Martín</u> <u>150416</u> 36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Código Postal <u>Atzacmulco de Fabella</u> <u>Atzacmulco</u> 36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldía <u>Mexico</u> <u>711215091871</u> 36.10 Entidad federativa 36.11 Teléfono	
37. FIRMA	38. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/08/2023</u> 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

032011005