SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
FOLIO 020190616

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE: Carmen (Nombre (s)) Ugalde (Primer Apellido) Zampoaltacall (Segundo Apellido)
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) [ ] Se ignora ○ 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad de México (2.1 Municipio o delegación) Ciudad de México (2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera))

3. FECHA DE NACIMIENTO: 03 02 1991 (Día Mes Año)
4. EDAD: 26 Años
5.1 ¿Se considera indígena? Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?

6. ESTADO CONYUGAL: En unión libre ○ 15 Separada ○ 16 Divorciada ○ 13 Viuda ○ 14 Soltera ○ 12 Casada ● 11 Se ignora ○ 99

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
7.1 Tipo de vialidad: Frente 6 Sec B
7.2 Nombre de la vialidad: 102
7.3 Núm. Exterior
7.4 Núm. Interior
7.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
7.6 Nombre del asentamiento humano: Chinampac de Juarez
7.7 Código Postal: 09225
7.8 Localidad
7.9 Municipio o delegación: Iztapalapa
7.10 Entidad federativa: Cd de Mexico
7.11 Teléfono: 5160031305

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): 02 Se ignora ○ 99
9. NÚMERO DE HIJOS (AS)
9.1 Nacidos Muertos (as) [ ] Se ignora ○ 99
9.2 Nacidos Vivos (as) 01 Se ignora ○ 99
9.3 Sobrevivientes [ ] Se ignora ○ 99
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ: Vivo (a) ● 1 → 10.1 Vive aún Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9; Muerto (a) ○ 2; No ha tenido otros hijos (as) ○ 3
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples): 02 Se ignora ○ 99

12. ATENCIÓN PRENATAL
12.1 ¿Recibió atención? Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero ● 1 Segundo ○ 2 Tercero ○ 3 Se ignora ○ 9
12.3 Total de consultas recibidas: 07 Se ignora ○ 99

13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Sí ○ 1 No ○ 2
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción [ ]

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seguro Popular ○ 7 Otra ○ 8 IMSS ● 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS Oportunidades ○ 10 Se ignora ○ 99
14.1 Número de seguridad social o afiliación: 2010 91263 31F 910 2

15. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ 1 Primaria ○ 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato o preparatoria ● 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99
15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ● 1 Incompleta ○ 2

16. OCUPACIÓN HABITUAL: Asesor de Ventas Se ignora ○ 99
16.1 Trabaja actualmente Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 25 02 2017 (Día Mes Año) 09 14 (Hora Minutos)
18. SEXO: Hombre ○ 1 Mujer ● 2
19. EDAD GESTACIONAL: 42 Semanas

20. TALLA: 53 Centímetros
21. PESO AL NACER: 3195 Gramos
22.1 APGAR (A los 5 minutos): 9
22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos): 0
23. TAMIZ AUDITIVO: Sí ○ 1 No ● 2

24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
24.1 BCG Sí ○ 1 No ● 2
24.2 Hepatitis B Sí ○ 1 No ● 2
Vitaminas: 24.3 (A) Sí ○ 1 No ● 2; 24.4 (K) Sí ○ 1 No ● 2
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Único ● 1 Gemelar ○ 2 Tres o más ○ 3

26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO
a) Ninguno Aparente
b)
CÓDIGO CIE [ ] Uso exclusivo del personal codificador

27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico ● 1 Distócico ○ 4 → ¿Se usaron fórceps? Sí ○ 1 No ○ 2 Cesárea ○ 2 Otro ○ 8 → Especifique:

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud ○ 1 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 IMSS Oportunidades ○ 2 Otra unidad pública ○ 8 IMSS ● 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 Unidad médica privada ○ 10
28.1 Nombre de la unidad médica: Hosp Zona No 47
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○ 11 Hogar ○ 12 Otro lugar ○ 13

29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico ● 1 → Gineco-obstetra ● 11; Otro especialista* ○ 12; Residente ○ 13; General ○ 14; MPSS ○ 15; MIP ○ 16; Enfermera ○ 2; Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ○ 3; Partera ○ 4; Otro* ○ 8; *Especifique:

30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
30.1 Tipo de vialidad: Calle
30.2 Nombre de la vialidad: Caballete de Celaya y Compañía de Ebano
30.3 Núm. Exterior: S/Número
30.4 Núm. Interior
30.5 Tipo de asentamiento humano: Unidad Habitacional
30.6 Nombre del asentamiento humano: Vicente Guerrero
30.7 Código Postal: 09200
30.8 Localidad
30.9 Municipio o delegación: Iztapalapa
30.10 Entidad federativa: cd de Mexico

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE: Guadalupe (Nombre (s)) Montes (Primer Apellido) Cortes (Segundo Apellido)

32. CERTIFICADO POR: Médico pediatra ● 1 Médico Gineco-obstetra ○ 7 Otro médico* ○ 2 Enfermera ○ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ○ 4 Partera ○ 5 Autoridad civil* ○ 6 *Especifique

33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 1371441 Número de cédula profesional
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
34.1 Nombre de la unidad médica
34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

35. DOMICILIO Y TELÉFONO
35.1 Tipo de vialidad: Calle
35.2 Nombre de la vialidad: Caballete de Celaya y Compañía de Ebano
35.3 Núm. Exterior: S/Número
35.4 Núm. Interior
35.5 Tipo de asentamiento humano: Unidad Habitacional
35.6 Nombre del asentamiento humano: Vicente Guerrero
35.7 Código Postal: 09200
35.8 Localidad
35.9 Municipio o delegación: Iztapalapa
35.10 Entidad federativa: Cd de Mexico
35.11 Teléfono

36. FIRMA
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 25 02 2017 (Día Mes Año)

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

020190616

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

Versión pública