



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

024505596

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE Anabel Nombre(s)		Vázquez Primer Apellido		Zoregue Segundo Apellido	
2. LUGAR DE NACIMIENTO Ciudad de México					
3. FECHA DE NACIMIENTO 08-04-1983	4. EDAD 36	5.1. ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí	5.2. ¿Nace en una zona indígena? <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí	5.3. ¿Cuál es su lengua materna? español	
6. ESTADO CIVIL <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Otro					
7. RESIDENCIA MARITAL Y TELÉFONO Calle Anacleto Bustamante 57 Colonia Progresistas de México Iteapalapa, Ciudad de México 06631946					
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (contando el actual) 02	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) a) Nacidos vivos (as): 02 b) Fallecidos: 03	10. EL SALUD (A) ANTERIOR NACIDO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha nacido antes (a) <input type="radio"/>		11. ORDEN DEL NACIMIENTO Único/a <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Si no es único/a, indicar el orden: 03	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1. ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		12.2. ¿Terminó en la que recibió la primera consulta? Primera <input checked="" type="radio"/> Segunda <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		12.3. ¿Hubo complicaciones? 01	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> SEDEMA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Pasa <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>					
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o equivalente <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>					
16. OCUPACIÓN HABITUAL Secretaria					

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 22-07-2019 22:04	18. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	19. EDAD GESTACIONAL 29
20. TALLA 37	21. PESO AL NACER 4.015	22. APGAR A los 1 minutos: 9 A los 5 minutos: 9
23. SILVERMAN A los 5 minutos: 3		24. TAMIZ AUDITIVO <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único/a <input type="radio"/> Parto <input checked="" type="radio"/> Feto o mola <input type="radio"/>		
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO AI		
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/>		
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Unidad de Salud <input type="radio"/> Hospital <input checked="" type="radio"/> Clínica <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Unidad <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especialista <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Calle Ignacio Zoregue 171 Colonia Progresistas de México Iteapalapa, Ciudad de México		

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE Rosa María Nombre(s)		Jiménez Primer Apellido		Torres Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico (a) <input checked="" type="radio"/> Médico (a) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Enfermera (a) <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>					
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3410094		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica: 171 34.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CUES): 01210			
35. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Ignacio Zoregue 171 Colonia Progresistas de México Iteapalapa, Ciudad de México					
36. FIRMA 		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22-07-2019			

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICIPANTES.

SE RECOMIENDA REGISTRAR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL, EN LOS REGISTROS MUNICIPALES, ESTATALES O FEDERALES, AL ACTO DE NACIMIENTO.



024505596

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre-hijo(a).
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre (que preferentemente contenga su fotografía).
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que asiste al parto vivo (dentista del parto, cuando así lo sea posible, de acuerdo con la persona autorizada para ello por la autoridad sanitaria competente).
- Cuando un Certificado de Nacimiento por hijo(a) producto nacido vivo, relacione tanto certificado como producto nacido vivo resulten del nacimiento.
- Una vez expedido, la entrega de este certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la autorización de llevarlo lo antes posible al Registro Civil para tramitar la correspondiente Acta de Nacimiento.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre y el documento de identificación para el correcto llenado de este certificado; en caso contrario concuerde con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Escrita con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escrita sobre una superficie plana y firme, presentando al escriba para legibilidad de las copias.
- Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras, para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiones deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción, excepto la pregunta número 14.
- Si el nacimiento se desconoce la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla, Si existe una opción "Se ignora" indíquela con una "X", en el caso de casillas tiene con "nada" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0, 1, 2, ..., 9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato **dd/mm/aaaa**, completando con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2014 anote: **06/05/2014**).
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: **Tipo de vivienda** (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Pasetón, Boulevard), **Nombre de la vivienda** (ej. 110) o **Interior al alca (21, 2A, G3)**, **Tipo de asentamiento humano** (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), **Nombre del asentamiento humano**, **Código Postal**, **Localidad**, **Municipio o delegación** y **Entidad federativa**. Evite anotar "domicilio conocido".
- Inscribirse en el espacio correspondiente (original y copia) la huella del pie derecho del nacido vivo y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registrar la huella del pulgar izquierdo.
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el(los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido. El cual aparezca en su identificación oficial. En la pregunta **1.1 CURP** agote los recursos disponibles para obtenerla.
- LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación y de la entidad federativa donde nació la madre. Si ella nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta municipio o delegación y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre y la fecha de nacimiento del nacido vivo.
- En **5.1** marque si la madre se considera o no indígena. En **5.2** indique si la madre habla alguna lengua indígena y en caso afirmativo especifique en **5.3** la lengua.
- RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre y el teléfono donde se la pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de este.
- NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos; es decir, nacidos vivos, nacidos muertos (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos, molas y embarazos ectópicos). Además debe incluir este último embarazo.
- NÚMERO DE HIJOS(A).** Anote en **9.1** el total de hijos(as) nacidos muertos(as) (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos, molas y embarazos ectópicos), si la mujer no ha tenido hijos(as) nacidos muertos(as), anote **0/0**. Escriba en **9.2** el total de hijos(as) nacidos vivos(as) que ha tenido la madre, incluyendo al que se está certificando (sin importar si alguno de éstos después fallecieron). En **9.3** anote cuántos de los hijos(as) registrados en **9.2** sobreviven, incluyendo al nacido vivo(a) que se está certificando (sin importar si alguno de éstos después fallecieron). En **9.4** anote si se trata de un embarazo múltiple. Si el hijo(a) anterior nació vivo(a) marque la opción "vivo(a)" y en **10.1** anote si éste vive o no. Si el hijo(a) anterior nació muerto(a) marque la opción "muerto(a)" y anote la respuesta de **10.1**.
- ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacido vivo que se certifica, considerando como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los nacidos vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada producto.
- ATENCIÓN PRENATAL.** En **12.1** Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo; en caso afirmativo anote en **12.2** el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en **12.3** el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- VIVE LA MADRE DEL NACIDO(A) VIVO(A)?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este certificado. En este caso debe anotar en **13.1** el número de folio del Certificado de Defunción de la madre.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud; en este caso omitir la respuesta en **14.1**. Una persona puede tener más de una afiliación o derechohabencia, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por la madre (admite hasta dos respuestas). Cuando la madre tenga al menos una afiliación o derechohabencia, anote en **14.1** el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.
- ESCOLARIDAD.** Si la madre no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna". En caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios y en **15.1** indique si la escolaridad seleccionada en **15** es completa o incompleta.
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre (ej. enfermera, secretaria, masera, maestra). En **16.1** marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo remunerado: labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar, cuidados de los hijos, a estudiar, sea rentista, jubilada, etc.
- FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.** Anote el día, mes, año y hora de ocurrencia del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato (h/h/m/m), usando la escala de 24 horas (ej. si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote **(01/01/1)**).
- SEXO.** Si no es posible definir el sexo del nacido vivo, omita la respuesta y deséngrese de anotar tal(s) opción(es) en la variable **28**.
- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por Capurro, si esto no es posible calcule contenido a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- PESO AL NACER.** Anote el peso del nacido vivo expresado en gramos (ej. si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos anote **(2,350.0)**).
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de productos (nacidos vivos o muertos) de este parto. Si el embarazo es múltiple se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada producto nacido vivo, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento.
- ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el nacido vivo presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo prenatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente". Deje en blanco el resultado sobreimpreso en gris para "uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente que corresponda.
- RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponde a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este además marque si se usaron fórceps o no); cesárea u otro (en este último caso especifique en el espacio contiguo).
- PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por un médico, marque la opción "Médico", y enseguida seleccione el tipo de médico (Gineco-obstetra, Otro especialista, Residente, General, Médico Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médico Interno de Pregrado -MIP-), en caso contrario marque del resto de las opciones la adecuada. Cuando aplique (opciones con "-") especifique en el espacio asignado para tal fin.
- CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por un Médico Pasante en Servicio Social, seleccione la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anote "Médico Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con "-") especifique en el espacio asignado para tal fin.
- UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA.** Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados; en este caso indique en **34.1** el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en **34.2** la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS

En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre, nombre(s) y apellidos:

1) Núm. de pregunta **9.1** Corrección: **NACIDOS MUERTOS: CERO**
7.3 **SOBREVIVIENTES: 01**

2) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____

3) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____

Responsable de la corrección:

Ma de la Luz
Nombre(s)

Tizapa
Primer Apellido

Gonzalez
Segundo Apellido

CP 09/60008
Firma

Sello oficial de la Unidad Médica

