

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
FOLIO

026610586

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE		Nataly Rosario Martinez Rodriguez	
		Nombre(s)	Primer Apellido
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)		Segundo Apellido	
2. LUGAR DE NACIMIENTO		Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 99	
Tlalhepantla de Baz		Estado de Mexico	
2.1 Municipio o delegación		2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO	4. EDAD	5.1 ¿Se considera indígena?	5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?
27/06/1990	3.0	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
Día Mes Año	Años		
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?			
6. ESTADO CONYUGAL			
En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> 15 Separada <input type="checkbox"/> 16 Divorciada <input type="checkbox"/> 13 Viuda <input type="checkbox"/> 14 Soltera <input type="checkbox"/> 12 Casada <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO			
Calle Miguel de Avila 44 Edif. Dep 102			
7.1 Tipo de vivienda			
7.2 Nombre de la vivienda			
7.3 Num. Exterior 7.4 Num. Interior			
7.5 Tipo de asentamiento humano			
7.6 Nombre del asentamiento humano			
7.7 Código Postal			
7.8 Localidad			
7.9 Municipio o delegación			
7.10 Entidad federativa			
7.11 Teléfono			
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		9. NÚMERO DE HIJOS (AS)	
1.01 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		9.1 Nacidos Muertos (as) <input type="checkbox"/> 00 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
		9.2 Nacidos Vivos (as) <input type="checkbox"/> 01 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
		9.3 Sobrevivientes <input type="checkbox"/> 01 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ		11. ORDEN DEL NACIMIENTO	
Vivo (a) <input type="checkbox"/> 01 → Muerto (a) <input type="checkbox"/> 02 No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="checkbox"/> 03		10.1 Vive aún <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09	
		11.1 Teléfono	
12. ATENCIÓN PRENATAL			
12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 0 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta			
Primero <input checked="" type="checkbox"/> 1 Segundo <input type="checkbox"/> 2 Tercero <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
12.3 Total de consultas recibidas			
1.2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?			
Si <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 0			
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS Prospera <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
14.1 Número de seguridad social o afiliación			
G0CV921002/31			
15. ESCOLARIDAD			
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 La escolaridad seleccionada es			
Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
15.1 La escolaridad seleccionada es			
Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 2			
16. OCUPACIÓN HABITUAL			
Diseñadora			
16.1 Trabaja actualmente			
Si <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 0 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 30 09 2020 17 36 Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		19. EDAD GESTACIONAL 40 Semanas	
20. TALLA 50 Centímetros		21. PESO AL NACER 3100 Gramos		22.1 APGAR 10 (A los 5 minutos)	
				22.2 SILVERMAN 10 (A los 5 minutos)	
23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>					
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS			25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>		
24.1 BCG Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.3 (A) Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.4 (K) Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>					
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO					
a) Ninguna aparente					
b)					
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO					
Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> → Especifique:					
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Hospital Regional 1ro de Octubre					
IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica					
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) D F I L S T 0 0 0 0 9 0					
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO					
Médico <input checked="" type="radio"/> → Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro especialista* <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/>					
Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique:					
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO					
Avenida 30.1 Tipo de vialidad Instituto Politécnico Nacional 1669					
Colonia 30.2 Nombre de la vialidad Magdalena de las Salinas 30.3 Núm. Exterior 07760					
30.4 Núm. Interior 30.5 Tipo de asentamiento humano Gustavo A Madero 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal Ciudad de México					
30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa					

31. NOMBRE	<u>Erick Fernando</u>	<u>Montiel</u>	<u>Alcantara</u>				
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
	32. CERTIFICADO POR						
	Médico pediatra <input type="radio"/> 1	Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7	Otro médico * <input checked="" type="radio"/> 2	Enfermera <input type="radio"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4	Partera <input type="radio"/> 5	Autoridad civil* <input type="radio"/> 6
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONO EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA					
<u>11776881</u>							
Número de cédula profesional		34.1 Nombre de la unidad médica		34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
35. DOMICILIO Y TELÉFONO							
<u>Avenida</u>		<u>Instituto Politécnico Nacional</u>		<u>1669</u>			
35.1 Tipo de vialidad		35.2 Nombre de la vialidad		35.3 Núm. Exterior		35.4 Núm. Interior	
<u>Colección</u>		<u>Mexicana</u>		<u>515</u>			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

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 domicilio).
- 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 atendió al nacido vivo después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello por la autoridad sanitaria competente.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto nacido vivo, elabore tantos certificados como productos nacidos vivos 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 instrucción 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 su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir 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.
- Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla: Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas llene con "nueves" 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/aa, completando con cero 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 vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vía (ej. 980) e Interior si aplica (21, 2A, G5), 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".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) 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 registre 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, tal 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 ésta 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 le pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de éste.
- 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(AS).** 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 00. 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 que alguno de éstos después falleciera). En 9.3 anote cuantos de los hijos(as) registrados en 9.2 sobreviven, incluyendo al nacido vivo(a) que se está certificando.
- EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ.** Si éste es el primer hijo(a) marque "No ha tenido otros hijos(as)". Independientemente 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 omita la respuesta de 10.1.
- ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacido vivo que se certifica, considerándolo 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, anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia consultar 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, mesera, maestra). En 16.1 marque la opción "Sí" 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 hh:mm, usando la escala de 24 horas (ej. si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 010105).
- SEXO.** Si no es posible definir el sexo del nacido vivo, omita la respuesta y asegúrese de anotar la(s) afeción(es) en la variable 26.
- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por Capurro, si esto no es posible calcule contando 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 2350).
- 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 perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente". Deje en blanco el recuadro sombreado 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 corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para éste además marque si se usaron fórceps o no), cesárea u otro (en éste 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.** Marcar 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, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico Pasante en Servicio Social".