



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

020158214

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE Gabriela Villanueva Gaytan
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) V1166620810MDFLYB01 Se ignora ☐ 99
2. LUGAR DE NACIMIENTO Ciudad de México
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)
3. FECHA DE NACIMIENTO 10/08/1982 4. EDAD 34 Años
5.1 ¿Se considera indígena? ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99
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 Calle Pablo Ruiz Ruas 245
7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior
Colonia Escadron 201 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal
Delegación Iztapalapa Ciudad de México 7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 03 Se ignora ☐ 99
9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) 00 Se ignora ☐ 99
9.2 Nacidos Vivos (as) 03 Se ignora ☐ 99
9.3 Sobrevivientes 03 Se ignora ☐ 99
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) ☒ 1 Muerto (a) ☐ 2 No ha tenido otros hijos (as) ☐ 3
10.1 Vive aún ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) 03 Se ignora ☐ 99
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero ☒ 1 Segundo ☐ 2 Tercero ☐ 3 Se ignora ☐ 99
12.3 Total de consultas recibidas 05 Se ignora ☐ 99
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? ☒ 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 Se ignora ☐ 99
IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10
14.1 Número de seguridad social o afiliación V166620810/20
15. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☒ 7 15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2
Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99
16. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado Se ignora ☐ 99 16.1 Trabaja actualmente ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99

DATOS DE LA MADRE

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 30/12/2016 11:41
Día Mes Año Hora Minutos
18. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 19. EDAD GESTACIONAL 38 Semanas
20. TALLA 51 Centímetros 21. PESO AL NACER 3650 Gramos
22.1 APGAR 09 (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN 00 (A los 5 minutos) 23. TAMIZ AUDITIVO ☐ 1 No ☒ 2
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG ☐ 1 No ☒ 2 24.2 Hepatitis B ☐ 1 No ☒ 2 24.3 (A) ☐ 1 No ☒ 2 24.4 (K) ☐ 1 No ☒ 2
Vitaminas 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único ☒ 1 Gemelar ☐ 2 Tres o más ☐ 3
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO Ninguna aparentemente
a) b) CÓDIGO CIE
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico ☒ 1 Distócico ☐ 4 → ¿Se usaron fórceps? ☐ 1 No ☐ 2 Cesárea ☐ 2 Otro ☐ 8 → Especifique:
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud ☐ 1 ISSSTE ☒ 4 SEDENA ☐ 6 Oportunidades ☐ 2 Otra unidad pública ☐ 8
IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 10
28.1 Nombre de la unidad médica HLALM 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 1511DF0002011
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 Avenida Universidad Flon da Alvaro Obregón
30.1 Tipo de vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior
Coloma 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal
Alvaro Obregón Ciudad de México 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa 30.11 Teléfono

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

31. NOMBRE Jose Antonio Prohard Bárcena Lopez
Nombre (s) Primer Apellido 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 7401051 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 Avenida Universidad Flon da Alvaro Obregón
35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior
Coloma 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal
Alvaro Obregón Ciudad de México 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono
36. FIRMA 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 30/12/2016
Día Mes Año

DATOS DEL CERTIFICANTE

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL DE 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

020158214