



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

022944340

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE ABIGAIL GABRIELA SANCHEZ RENEZ
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) SARA900920MDENNBO8 Se ignora ☐

2. LUGAR DE NACIMIENTO VENUSTIANO CARRANZA DISTRITO FEDERAL
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO 20/09/1990 4. EDAD 27 Años
5.1 ¿Se considera indígena? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?

6. ESTADO CONYUGAL ☐ En unión libre ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Se ignora ☐

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO CALLE EDO DE HUITZILZINGO N-48 L14
COLONIA AGRAPISTA 56605
7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior
CHALCO CHALCO ESTADO MEXICO
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) 03 Se ignora ☐ 9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 00 Se ignora ☐ 10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO 01 Se ignora ☐ 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) 03 Se ignora ☐

12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta 1 2 3 Se ignora ☐ 12.3 Total de consultas recibidas 20 Se ignora ☐

13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? ☒ Si ☐ No ☐ 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☐ Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ 14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ 15.1 La escolaridad seleccionada es ☒ Completa ☐ Incompleta ☐

16. OCUPACIÓN HABITUAL SECRETARIA Se ignora ☐ 16.1 Trabaja actualmente ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 27/12/2017 0900
18. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ 19. EDAD GESTACIONAL 39 Semanas

20. TALLA 49 Centímetros 21. PESO AL NACER 3200 Gramos 22.1 APGAR 09 (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN 00 (A los 5 minutos) 23. TAMIZ AUDITIVO ☐ Si ☐ No ☐

24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG ☐ Si ☒ No ☐ 24.2 Hepatitis B ☐ Si ☒ No ☐ 24.3 (A) ☐ Si ☒ No ☐ 24.4 (K) ☐ Si ☒ No ☐ 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO ☒ Único ☐ Gemelar ☐ Tres o más ☐

26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) NINGUNA APARENTE b) CÓDIGO CIE

27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO ☐ Eutócico ☒ Distócico ☐ ¿Se usaron fórceps? ☐ Si ☒ No ☐ Cesárea ☒ Otro ☐ Especifique: Unidad Médica Especialidad del "San Diego"

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO ☐ Secretaría de Salud ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS Prospera ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 28.1 Nombre de la unidad médica Unidad Médica Especialidad del "San Diego" 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 603 28.3 Núm. Exterior 56617 28.4 Núm. Interior 56617

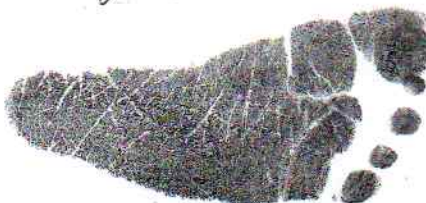
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO ☒ Médico ☐ Gineco-obstetra ☐ Otro especialista ☐ Residente ☐ General ☐ MPSS ☐ MIP ☐ Enfermera ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Partera ☐ Otro ☐ Especifique:

30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO CALLE NORTE 18 603
COLONIA INDEPENDENCIA 56617
VALE CHALCO ESTADO MEXICO
30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la vivienda 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior
30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal
30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE EDGAR DE JESUS PEREZ
32. CERTIFICADO POR ☐ Médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Partera ☐ Autoridad civil ☐ Especifique:
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1830200 Número de cédula profesional 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 603 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
35. DOMICILIO Y TELÉFONO CALLE NORTE 18 603
COLONIA INDEPENDENCIA 56617
VALE CHALCO ESTADO MEXICO
35.1 Tipo de vivienda 35.2 Nombre de la vivienda 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior
35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal
35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono

36. FIRMA Edgar Pérez 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27/12/2017
Día Mes Año



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



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