



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

024430946

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.

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE <u>Dhapne Yuriko Nava Rios</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido		
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>NARD930830MDFVIS H106</u> Se ignora <input type="radio"/>		
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Ciudad de Mexico</u> <u>Ciudad de Mexico</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)		
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>30/08/1993</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>25</u> Años	5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Calle Mariano Azueta 171</u> 7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior <u>Colonia Santa Maria la Ribera</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal <u>Cuauhtemoc</u> <u>Ciudad de Mexico</u> 7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono		
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/>	10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/>
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>07</u> Se ignora <input type="radio"/>		
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>NARD930830/20</u>		
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es		
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajadora de Gobierno</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>22/12/2018</u> <u>15:24</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>40</u> Semanas								
20. TALLA <u>152</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3400</u> Gramos	22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)								
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.2 Hepatitis B <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.3 (A) <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.4 (K) <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>									
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna aparente.</u> b) <u>Ninguna aparente.</u> CÓDIGO CIE <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Uso exclusivo del personal codificador											
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> Sí <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"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital Regional 1º Octubre</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>DF1ST000090</u>		Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>									
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input 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 <u>Avenida Instituto Politécnico Nacional</u> 30.1 Tipo de vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior <u>Colonia Magdalena de las Salinas</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal <u>Cuauhtemoc</u> <u>Ciudad de Mexico</u> 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa											

31. NOMBRE <u>Iliana Farfán León</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido		
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="radio"/> gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Residente* 32.1 Nombre de la unidad médica 32.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>10772708</u> 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 <u>Avenida Instituto Politécnico Nacional</u> 35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior <u>Colonia Magdalena de las Salinas</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal <u>Cuauhtemoc</u> <u>Ciudad de Mexico</u> 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono		
36. FIRMA		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/12/2018</u> Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



024430946