



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
FOLIO

020164083

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE Nombre (s) <u>Blanca Estela Lopez</u> Primer Apellido <u>Rodriguez</u> Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Gustavo A. Madero</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Distrito Federal</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>28</u> / <u>09</u> / <u>1980</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>36</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 9 Se ignora	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 9 Se ignora	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? _____	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 15 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input type="radio"/> 12 Casada <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Francisco Villa</u> 7.3 Núm. Exterior <u>433</u> 7.4 Núm. Interior <u>55</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Valle de Anahuac</u> 7.7 Código Postal <u>554625</u> 7.8 Localidad <u>Ecatepec</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Estado de México</u> 7.10 Entidad federativa <u>Distrito Federal</u> 7.11 Teléfono <u>5546255879</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> 1 → 10.1 Vive aún <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 9 Se ignora Muerto (a) <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 9 Se ignora No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 9 Se ignora 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 12.3 Total de consultas recibidas <u>75</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 9 Se ignora 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>LONB000928/20</u>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Aud. for. Fisca.</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 9 Se ignora	

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>27</u> / <u>07</u> / <u>2017</u> <u>15</u> : <u>54</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	19. EDAD GESTACIONAL <u>40</u> Semanas
20. TALLA <u>50</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>4030</u> Gramos	22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO <input checked="" type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 9 Se ignora		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3			
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna aparente</u> b) <u>Ninguna aparente</u>			
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4 → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 9 Se ignora Cesárea <input checked="" type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 8 → Especifique: _____			
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 Oportunidades <input type="radio"/> 10 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 28.1 Nombre de la unidad médica <u>Primero de Octubre</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>DF15T000090</u> Vía pública <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12 Otro lugar <input type="radio"/> 13			
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 → Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro especialista* <input type="radio"/> 12 Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique: _____			
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Avenida</u> <u>Instituto Politécnico Nacional</u> <u>1669</u> 30.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u> <u>Magdalena de las Salinas</u> <u>07760</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> 30.3 Núm. Exterior <u>07760</u> 30.4 Núm. Interior <u>07760</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> <u>Magdalena de las Salinas</u> <u>07760</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> 30.7 Código Postal <u>5555860011</u> 30.8 Localidad <u>Colonia</u> <u>Magdalena de las Salinas</u> <u>07760</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> 30.10 Entidad federativa <u>Distrito Federal</u>			

31. NOMBRE Nombre (s) <u>Franci Vela</u> Primer Apellido <u>Arzate</u> 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 <u>Residente</u> *Especifique: _____			
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>9228539</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</u> <u>Instituto Politécnico Nacional</u> <u>1669</u> 35.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u> <u>Magdalena de las Salinas</u> <u>07760</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> 35.3 Núm. Exterior <u>07760</u> 35.4 Núm. Interior <u>07760</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> <u>Magdalena de las Salinas</u> <u>07760</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> 35.7 Código Postal <u>5555860011</u> 35.8 Localidad <u>Colonia</u> <u>Magdalena de las Salinas</u> <u>07760</u> 35.9 Municipio o delegación <u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> 35.10 Entidad federativa <u>Distrito Federal</u> 35.11 Teléfono <u>5555860011</u>			
36. FIRMA <u>Cococha</u>		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>27</u> / <u>07</u> / <u>2017</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

I.S.S.S.T.E.
HORA REG. 1º DE OCTUBRE
REPTURA DE NEONATOLOGIA

27 ENE 2017

ATENCIÓN Y REANIMACIÓN

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS. SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO.

020164083