



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

Modelo 2015  
FOLIO

024485971

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**

1. NOMBRE Dulce Maria Lopez Alvarez  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido  
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) \_\_\_\_\_ Se ignora ☐ 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO Guadalajara Jalisco  
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO 10/02/1992 4. EDAD 27  
Día Mes Año Años  
5.1 ¿Se considera indígena? ☐ 1 Sí ☒ 2 No ☐ 9 Se ignora  
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? ☐ 1 Sí ☒ 2 No ☐ 9 Se ignora  
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? \_\_\_\_\_

6. ESTADO CONYUGAL Casada  
En unión libre ☐ 15 Separada ☐ 16 Divorciada ☐ 13 Viuda ☐ 14 Soltera ☐ 12 Casada ☒ 11 Se ignora ☐ 99

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Coral  
7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. 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) 03 Se ignora ☐ 99  
9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 01 Se ignora ☐ 99  
9.1 Nacidos Muertos (as) 9.2 Nacidos Vivos (as) 9.3 Sobrevivientes 02 Se ignora ☐ 99

10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) ☐ 1 → 10.1 Vive aún: ☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 9 Se ignora  
Muerto (a) ☒ 2 No ha tenido otros hijos (as) ☐ 3 Se ignora ☐ 99

11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) 03 Se ignora ☐ 99

12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? ☒ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 9 Se ignora  
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 4 Se ignora ☐ 99

13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? ☒ 1 Sí ☐ 2 No 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  
IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Prospera ☐ 10 Se ignora ☐ 99

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 Sí ☐ 2 No ☐ 9 Se ignora

**DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO**

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 12/05/2019 10:43  
Día Mes Año Hora Minutos  
18. SEXO Varón ☒ 1 Hombre ☐ 2 Mujer ☐ 9 Se ignora  
19. EDAD GESTACIONAL 36 Semanas

20. TALLA 46 Centímetros 21. PESO AL NACER 2240 Gramos  
22.1 APGAR 9 (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN 2 (A los 5 minutos) 23. TAMIZ AUDITIVO: ☒ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 9 Se ignora

24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS  
24.1 BCG ☐ 1 Sí ☒ 2 No 24.2 Hepatitis B ☐ 1 Sí ☒ 2 No 24.3 (A) ☐ 1 Sí ☒ 2 No 24.4 (K) ☐ 1 Sí ☒ 2 No  
Vitaminas 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Único ☒ 1 Gemelar ☐ 2 Tres o más ☐ 3

26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO  
a) Ninguna aparente  
b) \_\_\_\_\_

27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico ☒ 1 Distócico ☐ 4 ¿Se usaron fórceps? ☐ 1 Sí ☒ 2 No ☐ 9 Se ignora  
Cesárea ☐ 2 Otro ☐ 8 Especifique: \_\_\_\_\_

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO  
Secretaría de Salud ☐ 1 ISSSTE ☒ 4 SEDENA ☐ 6 IMSS Prospera ☐ 2 Otra unidad pública ☐ 8  
IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 10  
28.1 Nombre de la unidad médica Hosp. Regional Zzapoteca 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 0F187900160  
Vía pública ☐ 11 Hogar ☐ 12 Otro lugar ☐ 13

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 \*Especifique: \_\_\_\_\_

30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO  
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 Guadalajara Jalisco 30.10 Entidad federativa

**DATOS DEL CERTIFICANTE**

31. NOMBRE Roberto Carrera Martinez  
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 ☐ 8 \*Especifique: \_\_\_\_\_

33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 2122645  
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  
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 Guadalajara Jalisco 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono

36. FIRMA \_\_\_\_\_

37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12/05/2019  
Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

