



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

025202185

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 <u>María Elidia</u> <u>Lorenzo</u> <u>Vázquez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>L OVIE 91010426 M D F R Z C O T</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Ixtacalco</u> 2.2 Entidad federal o país (si es extranjera) <u>Distrito Federal</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>26</u> <u>04</u> <u>1990</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>29</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" 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 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>Manuel Avelar Camacho</u> 7.3 Núm. Exterior <u>mz 44</u> 7.4 Núm. Interior <u>44</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Dario manzanera Iru Sección</u> 7.7 Código Postal <u>536619</u> 7.8 Localidad <u>Valle de Chalco</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Estado de México</u> 7.10 Entidad federativa <u>5542592377</u> 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</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>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input type="radio"/> 1 → 10.1 Vive aún <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 Muerto (a) <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 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>02</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"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 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>12</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"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 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 Prospera <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" 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>Empleada Federal</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"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>25</u> <u>10</u> <u>2019</u> <u>18</u> <u>56</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	19. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas
20. TALLA <u>45</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>2650</u> Gramos	22.1 APGAR <u>10</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tras o más <input type="radio"/> 3	
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 25.2 Hepatitis B <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 25.3 (A) <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 25.4 (K) <input checked="" type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99			
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna aparente</u> b) <u></u>			
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4 → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 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 type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 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 checked="" type="radio"/> 10 28.1 Nombre de la unidad médica <u>HBC Lomas Verdes</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>MCISMP0000495</u> 28.3 Núm. Exterior <u>66</u> 28.4 Núm. Interior <u>531120</u> 28.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 28.6 Nombre del asentamiento humano <u>Lomas Verdes</u> 28.7 Código Postal <u>5542592377</u> 28.8 Localidad <u>Naucalpan</u> 28.9 Municipio o delegación <u>Estado de México</u> 28.10 Entidad federativa			
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 → Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 1 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 30.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Cristóbal Colón</u> 30.3 Núm. Exterior <u>66</u> 30.4 Núm. Interior <u>531120</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Lomas Verdes</u> 30.7 Código Postal <u>5542592377</u> 30.8 Localidad <u>Naucalpan</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Estado de México</u> 30.10 Entidad federativa			

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE <u>Xodutl</u> <u>Jamhago</u> <u>Pérez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> 1 Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico* <input 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 *Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>8733084</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 <u>HBC Lomas Verdes</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>MCISMP0000495</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Cristóbal Colón</u> 35.3 Núm. Exterior <u>66</u> 35.4 Núm. Interior <u>531120</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Lomas Verdes</u> 35.7 Código Postal <u>5542592377</u> 35.8 Localidad <u>Naucalpan</u> 35.9 Municipio o delegación <u>Estado de México</u> 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono	
36. FIRMA <u></u>	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>25</u> <u>10</u> <u>2019</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

HOSPITAL HBC
LOMAS VERDES