



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2020

FOLIO

028620694

922

1. NOMBRE <u>Alma Claudia</u> <u>Serrano</u> <u>Rivera</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>S E R A 1 8 1 0 5 1 8 M D I F R V L 1 0 1 8</u>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Iztacalco</u> <u>Ciudad de México</u> 2.1 Municipio o Alcaldía 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>18</u> <u>05</u> <u>1989</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>32</u> Años
5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Se considera indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique: _____	
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera <input type="radio"/> 12 En unión libre <input type="radio"/> 15 Casada <input checked="" type="radio"/> 11 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Se ignora <input type="radio"/> 99	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle Michin Hzna 322 Lote 5</u> <u>Tejederos</u> 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Ext. <u>Barrio</u> <u>Chimalhuacán</u> 7.4 Núm. Int. <u>Chimalhuacán</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Chimalhuacán</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal <u>555853</u> 7.8 Localidad <u>Estado de México</u> 7.9 Municipio o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono <u>5558538275</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidas/os Vivas/os <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Viva/o <input checked="" type="radio"/> 1 Muerta/o <input type="radio"/> 2 No ha tenido <input type="radio"/> 3 otras/os hijas/os	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, múltiples) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 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>07</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 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 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Bienestar <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 <u>SERA 890518/20</u> 14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> 11 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Capturista</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 16.1 Trabaja actualmente Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
17. EDAD DEL PADRE <u>32</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>13</u> <u>07</u> <u>2021</u> <u>10</u> <u>04</u> Día Mes Año Horas Minutos		19. SEXO: Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	20. EDAD GESTACIONAL <u>36</u> Semanas
21. TALLA <u>147</u> Centímetros	22. PESO AL NACER <u>2205</u> Gramos	23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>09</u> 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) <u>10</u>	
24. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.3 Vitamina A Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.4 Vitamina K Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input checked="" type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3 *Especifique: _____ de _____			
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) <u>Ninguna aparente</u> b) _____			
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 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 type="radio"/> 10 <u>Hospital Regional Gral Zaragoza</u> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>DIFISITIO 0101601</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12 Otro lugar <input type="radio"/> 13 *Especifique: _____			
28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>0040</u> Horas Minutos		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input checked="" type="radio"/> 2 ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3 *Especifique: _____ Cesárea <input checked="" type="radio"/> 3 Programada <input type="radio"/> 1 De urgencia <input checked="" type="radio"/> 2	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico/a <input checked="" type="radio"/> 1 Enfermera/o <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Parto/a <input type="radio"/> 4 Otro/a <input type="radio"/> 8 Especifique tipo de médico/a: Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro/a especialista <input type="radio"/> 12 Residente <input checked="" type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 *Especifique: _____			
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Calzada Ignacio Zaragoza</u> <u>1711</u> <u>Colonia</u> 31.1 Tipo de vivienda 31.2 Nombre de la vivienda 31.3 Núm. Ext. 31.4 Núm. Int. <u>Ejército Constitucionalista</u> <u>09220</u> <u>Iztapalapa</u> 31.5 Nombre del asentamiento humano 31.6 Código Postal 31.7 Localidad <u>Iztapalapa</u> <u>Ciudad de México</u> 31.8 Municipio o Alcaldía 31.9 Entidad federativa 31.10			

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O Y DEL NACIMIENTO

32. NOMBRE <u>Maria del Socorro</u> <u>Alava</u> <u>Hernández</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
33. CERTIFICADO POR Médico/a pediatra <input checked="" type="radio"/> 1 Médico/a Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro/a médico/a <input type="radio"/> 2 Enfermera/o <input type="radio"/> 3 Parto/a <input type="radio"/> 5 Autoridad civil <input type="radio"/> 6 *Especifique: _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional <u>2647693</u>	
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 35.1 Nombre de la unidad médica 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
36. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calzada Ignacio Zaragoza</u> <u>1711</u> <u>Colonia</u> 36.1 Tipo de vivienda 36.2 Nombre de la vivienda 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int. <u>Ejército Constitucionalista</u> <u>09220</u> <u>Iztapalapa</u> 36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Código Postal <u>Iztapalapa</u> <u>Ciudad de México</u> 36.8 Municipio o Alcaldía 36.9 Entidad federativa 36.10 36.11 Teléfono <u>5557165200</u>	
37. FIRMA <u>[Firma]</u>	38. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13</u> <u>07</u> <u>2021</u> Día Mes Año

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

[Firma]
ISSSTE
HOSP. REG.
GRAL. I. ZARAGOZA
13 JUL. 2021
JEFATURA DE
ISSSTE NEONATOLOGÍA

SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE



028620694

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS, POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO 8VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES