



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
FOLIO

026636707

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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.

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE <u>Arelí Montserrat</u> <u>Hernández</u> <u>Barrera</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>HEBIA960418MDFRVR01</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Azcapototlán</u> <u>Distrito Federal</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>18.04.1996</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>25</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ESTADO CONYUGAL <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input 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</u> <u>Lago Zaira</u> <u>164</u> 7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior	
<u>Colonia</u> <u>Anahuac</u> <u>11320</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal	
<u>Miguel Hidalgo</u> <u>Miguel Hidalgo</u> <u>Ciudad de México</u> <u>55274981148</u> 7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. NÚMERO DE HIJOS (AS) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/>	
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL <u>10</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>HEBA 960418/20</u> <u>14.1</u> Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD <u>Administrativo</u> <u>15.1</u> La escolaridad seleccionada es <u>Completa</u> <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Administrativo</u> <u>16.1</u> Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>01.07.2021</u> <u>16:57</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>41</u> Semanas
20. TALLA <u>34</u> Centímetros		21. PESO AL NACER <u>3520</u> Gramos	22. APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO <u>SI</u> <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO <u>Único</u> <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>	
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS <u>25.1</u> BCG <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> <u>25.2</u> Hepatitis B <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> <u>25.3</u> (A) <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> <u>25.4</u> (K) <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO <u>Ninguna aparente</u>	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO <u>27.1</u> Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> <u>27.2</u> ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> <u>27.3</u> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> <u>27.4</u> Especifique: <u>Iterativa</u>		28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>Hospital General Tacuba</u> <u>28.1</u> Nombre de la unidad médica <u>28.2</u> Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>AF1570100534</u>	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO <u>29.1</u> Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro especialista <input type="radio"/> <u>29.2</u> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/>		30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Calle</u> <u>Lago Ontario</u> <u>119</u> 30.1 Tipo de vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior	
<u>Colonia</u> <u>Tacuba</u> <u>11410</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal		<u>Miguel Hidalgo</u> <u>Miguel Hidalgo</u> <u>Ciudad de México</u> 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa	

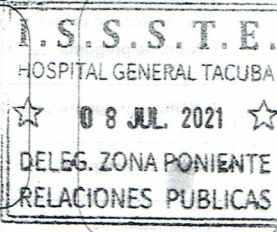
31. NOMBRE <u>Oscar Augusto</u> <u>Abilbon</u> <u>Ramírez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
32. CERTIFICADO POR <u>32.1</u> Médico <input checked="" type="radio"/> gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> <u>32.2</u> Especifique			
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3873432</u> Número de cédula profesional		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA <u>34.1</u> Nombre de la unidad médica <u>34.2</u> Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calle</u> <u>Lago Ontario</u> <u>119</u> 35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior		<u>Colonia</u> <u>Tacuba</u> <u>11410</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal	
<u>Miguel Hidalgo</u> <u>Miguel Hidalgo</u> <u>Ciudad de México</u> 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa		<u>5553986199</u> 35.11 Teléfono	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>01.07.2021</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



SELECCIÓN ORIGINAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE