

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. NOMBRE		Alejandra Georgina Lara		Perez	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)		L O P A 9 1 0 4 2 4 M D F P R L 0 1 0		Se ignora 099	
2. LUGAR DE NACIMIENTO		Gustavo D. Maldonado		Distrito Federal	
2.1 Municipio o delegación		2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)			
3. FECHA DE NACIMIENTO		4. EDAD		5.1 ¿Se considera indígena?	
24/04/1991		26		Sí 01 No 02 Se ignora 09	
Día Mes Año		Años		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?	
				Sí 01 No 02 Se ignora 09	
6. ESTADO CONYUGAL		En unión libre 015		Separada 016	
		Divorciada 013		Viuda 014	
		Soltera 012		Casada 011	
		Se ignora 099			
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		Calle Alvaro Obregón		27-3	
7.1 Tipo de vialidad		7.2 Nombre de la vialidad		7.3 Núm. Exterior	
Colonia		Las Hircas Tecamac		5157163	
7.5 Tipo de asentamiento humano		7.6 Nombre del asentamiento humano		7.7 Código Postal	
Las Hircas Tecamac		Tecamac		5513132033	
7.8 Localidad		7.9 Municipio o delegación		7.10 Entidad federativa	
				7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS		9. NÚMERO DE HIJOS (AS)		10. EL (LA) HIJO (A)	
(incluye el actual)		9.1 Nacidos Muertos (as)		ANTERIOR NACIÓ	
011		Se ignora 099		Vivo (a) 01	
Se ignora 099		9.2 Nacidos Vivos (as)		Muerto (a) 02	
		011		No ha tenido otros hijos (as) 03	
		Se ignora 099		Se ignora 09	
		9.3 Sobrevivientes		10.1 Vive aún	
				Sí 01	
				No 02	
				Se ignora 09	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO		(considere vivos, muertos, múltiples)		10.1	
				Se ignora 099	
12. ATENCIÓN PRENATAL		12.1 ¿Recibió atención?		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta	
Sí 01 No 02 Se ignora 09		Primero 01 Segundo 02 Tercero 03		Se ignora 09	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?		Sí 01 No 02		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
Sí 01 No 02					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna 01 ISSSTE 02 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 010		Se ignora 099		LOPA910424	
15. ESCOLARIDAD		Ninguna 01 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 07		15.1 La escolaridad seleccionada es:	
Profesional 08 Posgrado 010		Se ignora 099		Completa 01 Incompleta 02	
16. OCUPACIÓN HABITUAL		Ganador publico		Se ignora 099	
		16.1 Trabaja actualmente		Sí 01 No 02 Se ignora 09	
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		14/07/2017		18. SEXO	
Día Mes Año Hora Minutos		2342		Hombr 01 Mujer 02	
20. TALLA		50 Centímetros		21. PESO AL NACER	
		3425 Gramos		22.1 APGAR	
				(A los 5 minutos)	
				22.2 SILVERMAN	
				(A los 5 minutos)	
				23. TAMIZ AUDITIVO	
				Sí 01 No 02	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		24.1 BCG		24.2 Hepatitis B	
Sí 01 No 02		Sí 01 No 02		24.3 (A)	
				Sí 01 No 02	
				24.4 (K)	
				Sí 01 No 02	
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO		Único 01 Gemelar 02 Tres o más 03		CÓDIGO CIE	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO		a) Ninguna aparente		b) Ninguna aparente	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO:		Eutócico 01 Distócico 04		¿Se usaron forceps? Sí 01 No 02	
				Cesárea 02 Otro 08	
				Especifique:	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO		Secretaría de Salud 01 ISSSTE 04 SEDENA 06 IMSS Oportunidades 02 Otra unidad pública 08		28.1 Nombre de la unidad médica	
		IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 010		HRACB1	
				28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
				MCI15T10101041215	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO		Médico 01 Gineco-obstetra 011 Otro especialista* 012		Residente 013 General 014 MPSS 015 MIP 016	
		Enfermera 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 03		Partera 04 Otro* 08	
				*Especifique:	
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO		Calle Cárdenas		30.1 Tipo de vialidad	
Colonia		Lazaro Cardenas		30.2 Nombre de la vialidad	
30.5 Tipo de asentamiento humano		30.6 Nombre del asentamiento humano		30.3 Núm. Exterior	
Lazaro Cardenas		Tultitlan		349116	
30.8 Localidad		30.9 Municipio o delegación		30.7 Código Postal	
				Estado de Mexico	
				30.10 Entidad federativa	
31. NOMBRE		Barbara		Romero	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR		Médico pediatra 01 Médico Gineco-obstetra 07 Otro médico* 02 Enfermera 03		Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 04 Partera 05 Autoridad civil* 06	
				*Especifique:	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		8284844		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	
Número de cédula profesional		34.1 Nombre de la unidad médica		34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO		Calle Cárdenas		35.1 Tipo de vialidad	
Colonia		Lazaro			

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

020872228

16 JUL 2017