



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
FOLIO

024507014

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE <u>Ana Karen</u> <u>Ramirez</u> <u>Arroyo</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>RIA A A 8 9 1 0 7 1 7 M M C M R N 0 4</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Jiquipilco</u> <u>Estado de México</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>17 07 19 89</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>30</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Hablaba alguna lengua indígena? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
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>Lugo Nicaragua</u> <u>85</u> 7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior	
<u>Colonia</u> <u>Torre Blanca</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Localidad	
<u>Miguel Hidalgo</u> <u>Ciudad de México</u> <u>865114102</u> 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>04</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>04</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <input checked="" type="radio"/> Primero <input type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>15</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> <u>BAL3820319/3</u> 14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ama de casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>02 08 20 19</u> <u>15 49</u> Día Mes Año Hora Minutos	
18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	
19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas	
20. TALLA <u>47</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3050</u> Gramos
22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.2 Hepatitis B <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.3 (A) <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.4 (K) <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>	
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"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> → Especifique:	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>Primero de Octubre</u> <u>DIFITISIT0000910</u> 28.1 Nombre de la unidad médica 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> → Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro especialista* <input type="radio"/> Residente <input checked="" type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique:	
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Avenida</u> <u>Instituto Politécnico Nacional</u> <u>1669</u> 30.1 Tipo de vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior	
<u>Colonia</u> <u>Magdalena de las Salinas</u> <u>077610</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal	
<u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa	
31. NOMBRE <u>Alejandra</u> <u>Loera</u> <u>Olvera</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" 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>Residente</u> *Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>9740721</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 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Avenida</u> <u>Instituto Politécnico Nacional</u> <u>1669</u> 35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior	
<u>Colonia</u> <u>Magdalena de las Salinas</u> <u>077610</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal	
<u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5555866011</u> 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono	
36. FIRMA <u></u>	37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>02 08 20 19</u> Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

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

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.



024507014