

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.

1. NOMBRE		Beatriz Alejandra		Osorio		Menjivar	
		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)						Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO		Iztacalco		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?		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?	
08/08/1982		36		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		Día Mes Año		Años		5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL		En unión libre <input 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 checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		Calle		Paseo		70	
		7.1 Tipo de vivienda		7.2 Nombre de la vivienda		7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior	
Colonia		Iztacalco		Iztacalco		002	
7.5 Tipo de asentamiento humano		7.6 Nombre del asentamiento humano		7.7 Código Postal		08900	
Se ignora		Iztacalco		Ciudad de México		5544134486	
		7.9 Municipio o delegación		7.10 Entidad federativa		7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		9. NÚMERO DE HIJOS (AS)		10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ		11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples)	
03		9.1 Nacidos Muertos (as) 02		Vivo (a) <input type="radio"/> 1 Muerto (a) <input checked="" type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Se ignora <input type="radio"/> 99		9.2 Nacidos Vivos (as) 01		No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 99	
		9.3 Sobrevivientes 01				03	
12. ATENCIÓN PRENATAL		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta		12.3 Total de consultas recibidas			
12.1 ¿Recibió atención? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Primero <input checked="" type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		20		Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción					
Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		IMSS <input checked="" 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		28008203651F198202			
15. ESCOLARIDAD		15.1 La escolaridad seleccionada es					
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7		Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2					
Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							
16. OCUPACIÓN HABITUAL		16.1 Trabaja actualmente					
Empleado Administrativo		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99					

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 17 09 2019 08 53 Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		19. EDAD GESTACIONAL 38 Semanas	
20. TALLA 48 Centímetros		21. PESO AL NACER 2880 Gramos		22.1 APGAR 09 (A los 5 minutos)	
22.2 SILVERMAN 00 (A los 5 minutos)		23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24.3 (A) Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24.4 (K) Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) Ninguno Aparente b)				CÓDIGO CIE Use exclusivo del personal codificador	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4 → ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 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 checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10				Luis Castelazo Ayala 28.1 Nombre de la unidad médica DEFIHS000452 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 → Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 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 Avenida Río Magdalena 30.1 Tipo de vialidad Colonio Tizapan 30.5 Tipo de asentamiento humano San Angel 30.8 Localidad Alvaro Obregón 30.9 Municipio o delegación				289 30.2 Nombre de la vialidad 30.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 30.7 Código Postal 30.10 Entidad federativa	

DATOS DEL CERTIFICANTE	31. NOMBRE	Stephanie Kareling Tamayo		Martinez	
		Nombre (s)		Segundo Apellido	
	32. CERTIFICADO POR	Médico pediatra <input type="radio"/> 1		Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7	
		Otro médico * <input checked="" 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		Residente	
				*Especifique	
	33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	9888078		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	Avenida		Rio Chichiblanco	
		35.1 Tipo de vivienda		35.2 Nombre de la vivienda	
		Colonia		Tizapan	
		35.3 Tipo de asentamiento humano		35.4 Núm. Exterior	
		San Angel		289	
		35.5 Localidad		35.6 Núm. del asentamiento humano	
		Alvaro Obregón		Cuidad de México	
		35.7 Municipio o delegación		35.8 Entidad federativa	
				35.9 Código Postal	
				35.10 Teléfono	
				5550 6423	
	36. FIRMA	[Firma]		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
				17/09/2019	
				Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

ENTREGAR A LA MADRE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIAJIA DEL REGISTRO CIVIL

024514113