



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE NACIMIENTO  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO

420

026588224

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.

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE vanessa viridiana villaluz martinez Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) Se ignora 099	
2. LUGAR DE NACIMIENTO Se ignora Distrito Federal 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO 30/07/1986 Día Mes Año	4. EDAD 33 Años
5.1 ¿Se considera indígena? No 02 Se ignora 09 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? No 02 Se ignora 09 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
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 700 197 3 7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior colonia 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal 7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 03 Se ignora 099	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) 010 Se ignora 099 9.2 Nacidos Vivos (as) 013 Se ignora 099 9.3 Sobrevivientes 013 Se ignora 099
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) 01 Muerto (a) 02 No ha tenido otros hijos (as) 03 10.1 Vive aún Si 01 No 02 Se ignora 09	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) 03 Se ignora 099	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si 01 No 02 Se ignora 09 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero 01 Segundo 02 Tercero 03 Se ignora 09 12.3 Total de consultas recibidas 04 Se ignora 099	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si 01 No 02 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Prospera 010 Se ignora 099 14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 07 Profesional 08 Posgrado 010 Se ignora 099 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa 01 Incompleta 02	
16. OCUPACIÓN HABITUAL comerciante Se ignora 099 16.1 Trabaja actualmente Si 01 No 02 Se ignora 09	

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 27/05/2020 12:50 Día Mes Año Hora Minutos	18. SEXO Hombre 01 Mujer 02	19. EDAD GESTACIONAL 39 Semanas
20. TALLA 49 Centímetros	21. PESO AL NACER 3005 Gramos	22.1 APGAR 09 (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN 02 (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO Si 01 No 02		24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si 01 No 02 24.2 Hepatitis B Si 01 No 02 24.3 (A) Si 01 No 02 24.4 (K) Si 01 No 02
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único 01 Gemelar 02 Tres o más 03		26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) Ninguna aparente b) CÓDIGO CIE
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico 01 Distócico 04 ¿Se usaron fórceps? Si 01 No 02 Cesárea 02 Otro 08 Especifique:		28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud 01 ISSSTE 04 SEDENA 06 IMSS Prospera 02 Otra unidad pública 08 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 010 28.1 Nombre de la unidad médica Instituto Nacional de Perinatología 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) DIFISSA004096
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 Montes Reales 800 30.1 Tipo de vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior colonia 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

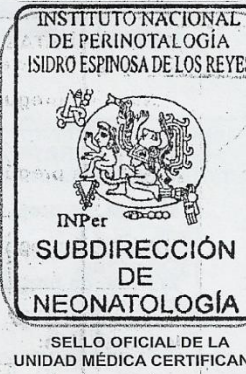
31. NOMBRE Deneb Libertad Velazquez Aguilar Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra 01 Médico gineco-obstetra 07 Otro médico* 02 Enfermera 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 04 Partera 05 Autoridad civil* 06 *Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional 1301466	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 calle Montes Reales 800 35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior colonia 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono	
36. FIRMA	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27/05/2020 Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



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