



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2017
FOLIO
022308819

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE Nombre(s) Sandra Primer Apellido Martínez Segundo Apellido Macías	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) Se ignora 099	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación Ciudad de México 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO 03/08/1986 Día Mes Año	4. EDAD 31 Años
5.1 ¿Se considera indígena? Si 01 No 02 Se ignora 09	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si 01 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 7.1 Tipo de vivienda Callejón 7.2 Nombre de la vivienda Ex panteos 7.3 Núm. Exterior 22 7.4 Núm. Interior 7.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 7.6 Nombre del asentamiento humano Los Reyes Coahuacán 7.7 Código Postal 551911 7.8 Localidad Coahuacán 7.9 Municipio o delegación Ciudad de México 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono 551911150	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 02 Se ignora 099	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) 0 Se ignora 099 9.2 Nacidos Vivos (as) 02 Se ignora 099 9.3 Sobrevivientes 02 Se ignora 099
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) 01 Muerto (a) 02 No ha tenido otros hijos (as) 03	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) 02 Se ignora 099	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si 01 No 02 Se ignora 099 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primer 01 Segundo 02 Tercer 03 Se ignora 099 12.3 Total de consultas recibidas 06 Se ignora 099	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si 01 No 02	
13.1 En caso negativo, escribe el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 02 SEDENA 05 Seguro Popular 07 IMSS 03 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Prospera 010 Se ignora 099	
14.1 Número de seguridad social o afiliación 143860803/2	
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 Empleada Se ignora 099	
16.1 Trabaja actualmente Si 01 No 02 Se ignora 099	

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 22/09/2017 01:13 Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre 01 Mujer 02	19. EDAD GESTACIONAL 36 Semanas
20. TALLA 59 Centímetros	21. PESO AL NACER 3025 Gramos	22.1 APGAR (A los 5 minutos) 9	22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos) 0
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 Gemela 02 Tres o más 03		26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) Ninguna aparente b) CODIGO CIE	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico 01 Distócico 02 Se usaron fórceps? Si 01 No 02 Cesárea 02 Otro 03 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 Regional Zaragoza 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) DIFISTDIOUGT			
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 30.1 Tipo de vivienda Callejón 30.2 Nombre de la vivienda Ex panteos 30.3 Núm. Exterior 170 30.4 Núm. Interior 09220 30.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 30.6 Nombre del asentamiento humano Gerardo Constitucionalista 30.7 Código Postal 551911 30.8 Localidad Coahuacán 30.9 Municipio o delegación Ciudad de México 30.10 Entidad federativa			

31. NOMBRE Nombre(s) Rosa Primer Apellido Moñer Segundo Apellido Jiménez	
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 3410094 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 35.1 Tipo de vivienda Callejón 35.2 Nombre de la vivienda Ex panteos 35.3 Núm. Exterior 170 35.4 Núm. Interior 09220 35.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 35.6 Nombre del asentamiento humano Gerardo Constitucionalista 35.7 Código Postal 551911 35.8 Localidad Coahuacán 35.9 Municipio o delegación Ciudad de México 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono 551911150	
36. FIRMA 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22/09/2017 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 OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL

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.



022308819