

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1 NOMBRE Oraceli Nombre (s)		Baranco Primer Apellido		Hernández Segundo Apellido	
1.1 CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)					
2 LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación Iztacalco 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) Ciudad de México Se ignora <input type="checkbox"/>					
3 FECHA DE NACIMIENTO 14/04/1977 Día Mes Año		4 EDAD 39 Años		5.1 ¿Se considera indígena? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
				5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
				5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6 ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
7 RESIDENCIA HABITUAL Y TELEFONO 7.1 Tipo de vivienda Calle 7.2 Nombre de la vivienda Puente Carretones 7.3 Num. Exterior Mz 6 lote 6 7.4 Num. Interior 08030 Colonia 7.5 Tipo de asentamiento humano Cuchilla Ramos Millán 7.6 Nombre del asentamiento humano Iztacalco 7.7 Código Postal 55514209 7.8 Localidad Ciudad de México 7.9 Municipio o delegación Ciudad de México 7.10 Entidad federativa Ciudad de México 7.11 Teléfono					
8 NUMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 02 Se ignora <input type="checkbox"/>		9 NUMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) 00 Se ignora <input type="checkbox"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 9.3 Sobrevivientes 02 Se ignora <input type="checkbox"/>		10 EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACÍO Vivo (a) <input checked="" type="checkbox"/> Muerto (a) <input type="checkbox"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="checkbox"/> 10.1 Vive aún SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12.1 ¿Recibió atención? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input checked="" type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12.3 Total de consultas recibidas 110 Se ignora <input type="checkbox"/>	
11 ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos muertos, múltiples) 02 Se ignora <input type="checkbox"/>					
12 ATENCIÓN PRENATAL		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción			
13 ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		14 AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
15 ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>			
16 OCUPACIÓN HABITUAL Empleada		16.1 Trabaja actualmente SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		Día Mes Año Hora Minutos 21 05 2016 02 45		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>		19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas	
20. TALLA <u>150</u> Centímetros		21. PESO AL NACER <u>2620</u> Gramos		22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)		22.2 SILVERMAN <u>01</u> (A los 5 minutos)	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS				Vitaminas		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO	
24.1 BCG Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		24.3 (A) Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		24.4 (K) Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
						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) _____ b) _____							
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO:							
Eutólico <input type="radio"/>		Distólico <input type="radio"/>		¿Se usaron fórceps? Si <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 type="radio"/>		SEDENA <input type="radio"/>		IMSS Oportunidades <input type="radio"/>	
IMSS <input checked="" type="radio"/>		PEMEX <input type="radio"/>		SEMAR <input type="radio"/>		Unidad médica privada <input type="radio"/>	
						Via pública <input type="radio"/>	
						Hogar <input type="radio"/>	
						Otro lugar <input type="radio"/>	
29. PERSONA QUE ATIENDIÓ EL PARTO							
Médico <input checked="" type="radio"/>		Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/>		Otro especialista* <input type="radio"/>		Residente <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>Calle</u>		<u>Anil</u>		<u>144</u>			
30.1 Tipo de vivienda		30.2 Nombre de la vivienda		30.3 Num. Exterior		30.4 Num. Interior	
<u>Colonia</u>		<u>Granjas México</u>		<u>108400</u>			
30.5 Tipo de asentamiento humano		30.6 Nombre del asentamiento humano		30.7 Código Postal			
<u>Intercalcal</u>		<u>Ciudad de México</u>					
30.8 Localidad		30.9 Municipio o delegación		30.10 Entidad federativa			

31. NOMBRE		Fanny		Sorroza		Fajardo	
		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR							
Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> 1		Médico Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7		Otro médico* <input 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		*Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA			
7491957							
Número de cédula profesional				34.1 Nombre de la unidad médica		34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO							
Calle		Avenida		35.2 Nombre de la vivienda		35.3 Num. Exterior	
35.1 Tipo de vivienda		Colonias		Grupos		35.4 Num. Interior	
35.5 Tipo de asentamiento humano		Iztacalco		35.6 Nombre del asentamiento humano		35.7 Código Postal	
35.8 Localidad		35.9 Municipio o delegación		Ciudad de México		35.11 Teléfono	
36. FIRMA				37. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
[Firma]				21/05/2016			
				Día Mes Año			

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

020072399

