



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015

FOLIO

020037182

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE <u>Martha Laura</u> <u>Aguilar</u> <u>Díaz</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Venustiano Carranza</u> <u>Distrito Federal</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>20091979</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>36</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> 01 <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> 01 <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
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 <u>Sur 115 A</u> <u>2196</u> 7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior	
7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Iztacalco</u> <u>Distrito Federal</u> 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) <u>05</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
9.1 Nacidos Muertos (as) <u>04</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
9.2 Nacidos Vivos (as) <u>04</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
9.3 Sobrevivientes <u>04</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> 01 → 10.1 Vive aún. <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
Muerto (a) <input type="radio"/> 02 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>05</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> 01 Segundo <input type="radio"/> 02 Tercero <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09	
12.3 Total de consultas recibidas <u>12</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>AVDM-790920/2</u>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02	
Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleada</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>09042016</u> <u>0908</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02	19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas
20. TALLA <u>50</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3000</u> Gramos	22.1 APGAR <u>9</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>11</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 24.2 Hepatitis B <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 24.3 (A) <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 24.4 (K) <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 01 Gemelar <input type="radio"/> 02 Tres o más <input type="radio"/> 03		26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna aparente</u> b) _____	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico <input checked="" type="radio"/> 01 Distócico <input type="radio"/> 04 → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Cesárea <input type="radio"/> 02 Otro <input type="radio"/> 08 → Especifique: _____		28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 IMSS <input type="radio"/> 02 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10	
28.1 Nombre de la unidad médica <u>Hosp. Regional Zaragoza</u> Vía pública <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12 Otro lugar <input type="radio"/> 13		28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>DF151000160</u>	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 01 → 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"/> 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 03 Partera <input type="radio"/> 04 Otro* <input type="radio"/> 08 *Especifique: _____		30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de vialidad <u>Calzada Ignacio Zaragoza</u> 30.2 Nombre de la vialidad <u>1711</u> 30.3 Núm. Exterior <u>09220</u> 30.4 Núm. Interior <u>09220</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ejército Constitucionalista</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Iztapalapa</u> 30.7 Código Postal <u>09220</u> 30.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Distrito Federal</u> 30.10 Entidad federativa	

31. NOMBRE <u>Rafael</u> <u>Carmen</u> <u>María</u>
