



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

020195868

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

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE <u>Rocio Teodora Lupian Lopez</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>LULIR8611029MDFPPC09</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Coyacan</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Ciudad de Mexico</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>29/10/1986</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>30</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calzada de la Virgen Edif 212 101</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Unidad habitacional Cruz Culhuacan zona A</u> 7.3 Núm. Exterior <u>04480</u> 7.4 Núm. Interior <u>58505034</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Mexico</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Coyacan</u> 7.7 Código Postal <u>58505034</u> 7.8 Localidad <u>Ciudad Mexico</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Ciudad Mexico</u> 7.10 Entidad federativa <u>Ciudad Mexico</u> 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9.2 Nacidos Vivos (as) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9.3 Sobrevivientes <u>04</u> Se ignora <input type="radio"/>	
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12.3 Total de consultas recibidas <u>08</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Acopuladora</u> Se ignora <input type="radio"/>	
16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>09/04/2017</u> <u>08:27</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL Semanas
20. TALLA <u>49</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3100</u> Gramos	22.1 APGAR <u>9</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>	
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna Aparente</u> b)			
26. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique:			
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Oportunidades <input type="radio"/> Otra pública <input type="radio"/> Sanatorio Ntra Sra de Zapopan pública <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> D.F. SIUPOO 2050 Hogar <input type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>Sanatorio Ntra Sra de Zapopan</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>09240</u> 28.3 Núm. Exterior <u>09240</u> 28.4 Núm. Interior <u>09240</u> 28.5 Tipo de asentamiento humano <u>Progresista</u> 28.6 Nombre del asentamiento humano <u>Progresista</u> 28.7 Código Postal <u>09240</u> 28.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 28.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de Mexico</u> 28.10 Entidad federativa <u>Ciudad de Mexico</u>			
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro especialista <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <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 Francisco J. Madero 452</u> 30.1 Tipo de vivienda <u>Colonial</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Progresista</u> 30.3 Núm. Exterior <u>09240</u> 30.4 Núm. Interior <u>09240</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Mexico</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Progresista</u> 30.7 Código Postal <u>09240</u> 30.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de Mexico</u> 30.10 Entidad federativa <u>Ciudad de Mexico</u>			

31. NOMBRE <u>Julio Villamar Arellano</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="radio"/> Médico Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> General <input checked="" type="radio"/> Especifique:	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>718495</u>	
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica <u>Calle Francisco J. Madero 452</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>09240</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Calle Francisco J. Madero 452</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Progresista</u> 35.3 Núm. Exterior <u>09240</u> 35.4 Núm. Interior <u>09240</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Mexico</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Progresista</u> 35.7 Código Postal <u>09240</u> 35.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 35.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de Mexico</u> 35.10 Entidad federativa <u>Ciudad de Mexico</u> 35.11 Teléfono <u>56132444</u>	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/04/2017</u> Día Mes Año	