

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

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

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 OFICINA DEL REGISTRO CIVIL

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE <u>Brenda</u> Nombre(s) <u>Hernandez</u> Primer Apellido <u>Romez</u> Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>416161941011211M1C1R1M12103</u>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Tultitlan</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Estado de Mexico</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>21</u> <u>01</u> <u>1994</u>	4. EDAD Años <u>21</u>
5.1 ¿Se considera indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" 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 type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELEFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Magnolias</u> 7.3 Tipo de asentamiento humano <u>Unidad Habitacional</u> 7.4 Localidad <u>Ebano</u> 7.5 Municipio o delegación <u>Tultitlan</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tultitlan</u> 7.7 Entidad federativa <u>Estado de Mexico</u> 7.8 Código Postal <u>514193</u> 7.9 Teléfono <u>515121011161617</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos vivos (AS) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidos muertos (AS) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 No nacidos (AS) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input type="radio"/> 1 → 10.1 Vive en: Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Muerto (a) <input checked="" type="radio"/> 2 No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.2 Trimestro en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 12.3 Total de consultas recibidas <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>HEG09401212</u>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajadora</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 16.1 Trabaja actualmente Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día Mes Año Hora Minutos <u>30</u> <u>01</u> <u>2018</u> <u>06</u> <u>31</u>	
18. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	
19. EDAD GESTACIONAL <u>37</u> Semanas	
20. TALLA <u>45</u> Centímetros	
21. PESO AL NACER <u>3120</u> Gramos	
22.1 APGAR <u>10</u> (A los 5 minutos)	
22.2 SILVERMAN <u>10</u> (A los 5 minutos)	
23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24.3 (A) Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24.4 (K) Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>ninguna aparente</u> b)	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4 ¿usaron forceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Cesárea <input checked="" type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 28.1 Nombre de la unidad médica <u>HEG09401212</u> 28.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES) <u>M111511010141215</u> 28.3 Tipo de atención Vía pública <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12 Otro lugar <input type="radio"/> 13	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 2 Otro especialista <input type="radio"/> 12 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 Residente <input type="radio"/> 13 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique	
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Cruces</u> 30.3 Tipo de asentamiento humano <u>Caracas</u> 30.4 Localidad <u>Tultitlan</u> 30.5 Municipio o delegación <u>Tultitlan</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tultitlan</u> 30.7 Entidad federativa <u>Estado de Mexico</u> 30.8 Código Postal <u>514193</u> 30.9 Teléfono <u>515121011161617</u>	
31. NOMBRE <u>Maria Elena</u> Nombre(s) <u>Buerrada</u> Primer Apellido <u>Coriel</u> Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico <input checked="" type="radio"/> 1 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 <u>3279841</u> 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 <u>Cruces</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>4</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Cruces</u> 35.3 Tipo de asentamiento humano <u>Caracas</u> 35.4 Localidad <u>Tultitlan</u> 35.5 Municipio o delegación <u>Tultitlan</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tultitlan</u> 35.7 Entidad federativa <u>Estado de Mexico</u> 35.8 Código Postal <u>514193</u> 35.9 Teléfono <u>515121011161617</u>	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>30</u> <u>01</u> <u>2018</u>	



022979195

