



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

024421701

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 POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE	
1. NOMBRE	DALIA MARTINEZ VARGAS
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)	MAVIDB1410181211MIZIRIL1015 Se ignora 099
2. LUGAR DE NACIMIENTO	VERACRUZ
2.1 Municipio o delegación	
2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO	21/08/1984
4. EDAD	34
5.1 ¿Se considera indígena?	Si 01 No 02 Se ignora 099
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?	Si 01 No 02 Se ignora 099
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	Calle Calzada de la Noranga 19 Colonia Santiago Ahuizotla 021750 Azcapotzalco Ciudad de México 05813816004
7.1 Tipo de vivienda	
7.2 Nombre de la vivienda	
7.3 Núm. Exterior	
7.4 Núm. Interior	
7.5 Tipo de asentamiento humano	
7.6 Localidad	
7.7 Código Postal	
7.8 Municipio o delegación	
7.9 Entidad federativa	
7.10 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)	02 Se ignora 099
8.1 Nacidos Muertos (as)	
8.2 Nacidos Vivos (as)	02 Se ignora 099
8.3 Sobrevivientes	
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO	Vivo (a) 01 Muerto (a) 02 No ha tenido otros hijos (as) 03
10.1 Vive con	01 No 02 Se ignora 099
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considera 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	Primero 01 Segundo 02 Tercero 03 Se ignora 099
12.3 Total de consultas recibidas	167 Se ignora 099
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?	Si 01 No 02
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Prospera 010 Se ignora 099
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
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 Administrativa Se ignora 099
16.1 Trabaja actualmente	Si 01 No 02 Se ignora 099
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO	
17.1 Día	20/02/2019
17.2 Mes	10/2/2
17.3 Año	
17.4 Hora	
17.5 Minutos	
18. SEXO	Hombre 01 Mujer 02
19. EDAD GESTACIONAL	39 Semanas
20. TALLA	47 Centímetros
21. PESO AL NACER	2930 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 Gemelar 02 Tres o más 03
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO	a) Ninguna aparente b)
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO	Eutócico 01 Distócico 04 ¿Se usaron fórceps? Si 01 No 02 Cesárea 02 Otro 08 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 Hospital General Tacuba 28.1 Nombre de la unidad médica 011 Vía pública 012 Hogar 013 Otro lugar 013
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	Calle Lago Ontario 119 Colonia Tacuba 1114110 Miguel Hidalgo Ciudad de México 30.6 Municipio o delegación 30.7 Código Postal 30.8 Localidad 30.9 Entidad federativa 30.10 Teléfono
31. NOMBRE	Karina Yajaira Campos Monroy
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 CERTIFICADO ES MÉDICO	10408054 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) 119
35. DOMICILIO Y TELÉFONO	Calle Lago Ontario 119 Colonia Tacuba 1114110 Miguel Hidalgo Ciudad de México 35.6 Municipio o delegación 35.7 Código Postal 35.8 Localidad 35.9 Entidad federativa 35.10 Teléfono
36. FIRMA	KARINA CAMPOS
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN	20/02/2019

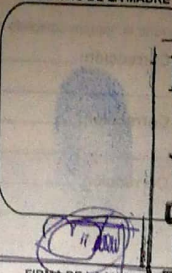


024421701



ENTREGAR A LA MADRE PARA EL TRAMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIA DE LA REGISTRO CIVIL

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL TACUBA
★ 22 FEB 2019 ★
DELEG. ZONA PONIENTE
RELACIONES PÚBLICAS
SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE