

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO 024441610

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE <u>NOHEMI</u> Nombre (s)		<u>REYES</u> Primer Apellido		<u>CARRANZA</u> Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)					
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>CUADRA DE MEXICO</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)					
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>22/12/1982</u> Día Mes Año		4. EDAD <u>36</u> Años		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 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 7.1 Tipo de vivienda <u>CALLE</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>27</u> 7.3 Núm. Exterior <u>227</u> 7.4 Núm. Interior <u>5791010</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>COLONIA</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>NEZAHUALCOYOTL</u> 7.7 Código Postal <u>554312379</u> 7.8 Localidad <u>MEXICO</u> 7.9 Municipio o delegación <u>ESTADO DE MEXICO</u> 7.10 Entidad federativa <u>ESTADO DE MEXICO</u> 7.11 Teléfono					
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) <input type="radio"/> 01 → 10.1 Vive aún Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Muerto (a) <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/> 03	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99					
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si <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>07</u> Se ignora <input type="radio"/> 99					
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si <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 checked="" 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 Prospera <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>1415840830</u>					
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02					
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>AMO DE CASA</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 16.1 Trabaja actualmente Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09					

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>25/12/2013</u> Día Mes Año <u>18:22</u> Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02		19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas	
20. TALLA <u>49</u> Centímetros		21. PESO AL NACER <u>3650</u> Gramos		22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN <u>01</u> (A los 5 minutos)	
23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02					
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 24.3 (A) Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 24.4 (K) Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 01 Gemelar <input type="radio"/> 02 Tres o mas <input type="radio"/> 03					
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) b) CÓDIGO CIE-10 Uso exclusivo del personal codificador					
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 01 Distócico <input type="radio"/> 04 → ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Cesárea <input checked="" 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"/> 05 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>ISSSTE ZARAGOZA</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>011151101011610</u> 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"/> 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 Cto* <input type="radio"/> 08 *Especifique:					
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>COLONIA</u> 30.1 Tipo de localidad <u>MEXICO</u> 30.2 Nombre de la localidad <u>12 TAPALAPA</u> 30.3 Núm. Exterior <u>091210</u> 30.4 Núm. Interior <u>091210</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>MEXICO</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>12 TAPALAPA</u> 30.7 Código Postal <u>52165200</u> 30.8 Localidad <u>MEXICO</u> 30.9 Municipio o delegación <u>CIVIDAD DE MEXICO</u> 30.10 Entidad federativa					

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE <u>FREDI SANTIAGO</u> Nombre (s)		<u>VAZGAS</u> Primer Apellido		<u>FLOROS</u> Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico <input type="radio"/> 01 Médico pediatra <input type="radio"/> 02 Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 07 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 02 Enfermera <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 04 Partera <input type="radio"/> 05 Autoridad civil* <input type="radio"/> 06 *Especifique <u>MEDICO GENERAL</u>					
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>8640403</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 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>COLONIA</u> 35.1 Tipo de localidad <u>MEXICO</u> 35.2 Nombre de la localidad <u>12 TAPALAPA</u> 35.3 Núm. Exterior <u>091210</u> 35.4 Núm. Interior <u>091210</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>MEXICO</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>12 TAPALAPA</u> 35.7 Código Postal <u>52165200</u> 35.8 Localidad <u>MEXICO</u> 35.9 Municipio o delegación <u>CIVIDAD DE MEXICO</u> 35.10 Entidad federativa					
36. FIRMA <u>Vargas Flores Fredi Santiago</u>		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>25/12/2013</u> Día Mes Año			

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