



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

022259136

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE <u>MARI ELY</u> <u>SANCHEZ</u> <u>LOPEZ</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido		
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>XALOSTO C</u> <u>TLAXCALA</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)		
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>21/11/1986</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>30</u> Años	5.1 ¿Se considera indígena? <u>No</u> <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <u>No</u> <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 <u>En unión libre</u> <input checked="" type="radio"/> 15 <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> 16 <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> 14 <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>CALLE</u> <u>SUR 145</u> <u>MANZANA 21 LOTE 9</u> 7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior <u>COLONIA</u> <u>AMPLIACION</u> <u>GABRIEL RAMOS MILLAN</u> <u>08020</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal <u>12TAPALCO</u> <u>CIUDAD DE MEXICO</u> <u>56400805</u> 7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono		
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) <u>00</u> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>02</u> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	10. EL (LA) HIJO (A) VIVO (a) <u>1</u> <input checked="" type="radio"/> → 10.1 Vive aún <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 10.2 Muerto (a) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</u> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <u>Primero</u> <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>12</u> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>NINGUNA</u> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>SALM861121/2</u>		
15. ESCOLARIDAD <u>Primaria</u> <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> La escolaridad seleccionada es <u>Completa</u> <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>ADMINISTRATIVO</u> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 16.1 Trabaja actualmente <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>16/06/2017</u> <u>11:55</u> Día Mes Año Hora Minutos		
18. SEXO <u>Hombre</u> <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
19. EDAD GESTACIONAL <u>41</u> <input type="radio"/> Semanas		
20. TALLA <u>50</u> <input type="radio"/> Centímetros		
21. PESO AL NACER <u>3440</u> <input type="radio"/> Gramos		
22.1 APGAR <u>09</u> <input type="radio"/> (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN <u>00</u> <input type="radio"/> (A los 5 minutos)		
23. TAMIZ AUDITIVO <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 24.2 Hepatitis B <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 24.3 (A) <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 24.4 (K) <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO <u>Único</u> <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>NINGUNA APARENTE</u> b) <u>NINGUNA APARENTE</u>		
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO <u>Eutócico</u> <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> 4 → ¿Se usaron fórceps? <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Cesárea <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 8 → Especifique:		
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>Secretaría de Salud</u> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 28.1 Nombre de la unidad médica <u>IGNACIO ZARAGOZA</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>091ST000160</u> 28.3 Núm. Exterior <u>1711</u> 28.4 Núm. Interior <u>09220</u> 28.5 Código Postal <u>56400805</u> 28.6 Entidad federativa <u>CIUDAD DE MEXICO</u>		
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO <u>Médico</u> <input checked="" type="radio"/> 1 → <u>Gineco-obstetra</u> <input checked="" type="radio"/> 11 <input type="radio"/> Otro especialista <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> General <input type="radio"/> 14 <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/> 16 Enfermera <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique:		
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>CALZADA</u> <u>IGNACIO ZARAGOZA</u> <u>1711</u> 30.1 Tipo de vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior <u>COLONIA</u> <u>EJERCITO CONSTITUCIONALISTA</u> <u>09220</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal <u>12TAPALAPA</u> <u>CIUDAD DE MEXICO</u> <u>56400805</u> 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa 30.11 Teléfono		
31. NOMBRE <u>MA. DELA LUZ</u> <u>TIZAPA</u> <u>GONZALEZ</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido		
32. CERTIFICADO POR <u>Médico</u> <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> *Especifique		
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>09160008</u> <input type="radio"/> 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>IGNACIO ZARAGOZA</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>091ST000160</u>		
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>CALZADA</u> <u>IGNACIO ZARAGOZA</u> <u>1711</u> 35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior <u>COLONIA</u> <u>EJERCITO CONSTITUCIONALISTA</u> <u>09220</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal <u>12TAPALAPA</u> <u>CIUDAD DE MEXICO</u> <u>56400805</u> 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono		
36. FIRMA <u>[Firma]</u>		
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>16/06/2017</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

ENTREGAR A LA MADRE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL

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

022259136