



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE NACIMIENTO  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015  
FOLIO

027318537

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

1. NOMBRE Nombre(s) <u>Yumko</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Herrera</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>MAHY920212MDFRNR02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Distrito Federal</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/04/1992</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>28</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 checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Begonia</u> 7.3 Núm. Exterior <u>901</u> 7.4 Núm. Interior <u>901</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Unidad Habitacional</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Guerrilla de Santa Barbara</u> 7.7 Código Postal <u>06000</u> 7.8 Localidad <u>Ixtapalapa</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Estado de México</u> 7.10 Entidad federativa <u>Estado de México</u> 7.11 Teléfono <u>55 55 55 55</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</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>06</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 type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Prospera <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 type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>25/01/2021</u> <u>16:30</u> Día Mes Año Hora Minutos	18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>40</u> Semanas
20. TALLA <u>50</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>2900</u> Gramos	22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)
22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)		23. TAMIZ AUDITIVO <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.2 Hepatitis B <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.3 (A) <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.4 (K) <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>		
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna</u> b) <u>gigante</u> CÓDIGO CIE <u>000</u> Uso exclusivo del personal codificador		
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> → Especifique:		
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>H.M. I. Chalco</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>MCISIA01184153</u> Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>		
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>Chalco</u> <u>Chalco-Santa Catalina Apetigo SIN</u> 30.1 Tipo de vivienda <u>30.2 Nombre de la vivienda</u> <u>30.3 Núm. Exterior</u> <u>30.4 Núm. Interior</u> <u>30.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>30.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>30.7 Código Postal</u> <u>30.8 Localidad</u> <u>30.9 Municipio o delegación</u> <u>30.10 Entidad federativa</u>		

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE Nombre(s) <u>Adela</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Lopez</u>	
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"/> <u>General</u> *Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5097432</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>Chalco-Santa Catalina Apetigo SIN</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>MCISIA01184153</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Chalco</u> <u>Chalco-Santa Catalina Apetigo SIN</u> 35.1 Tipo de vivienda <u>35.2 Nombre de la vivienda</u> <u>35.3 Núm. Exterior</u> <u>35.4 Núm. Interior</u> <u>35.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>35.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>35.7 Código Postal</u> <u>35.8 Localidad</u> <u>35.9 Municipio o delegación</u> <u>35.10 Entidad federativa</u> <u>35.11 Teléfono</u>	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>25/01/2021</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE [Firma]

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

SEILLO OFICIAL  
UNIDAD MÉDICA  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL  
"JOSÉ FORTIZ DE DOMÍNGUEZ" CHALCO  
JEFATURA DE PEDIATRÍA