CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

1. NOMBRE: Maria del Rosario (Nombre(s)) — Ponte (Primer Apellido) — Galicia (Segundo Apellido)

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): P O R R S 0 7 0 8 M D F N L S 0 2

2. LUGAR DE NACIMIENTO: 2.1 Municipio o Alcaldía: Miguel Hidalgo — 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero): Distrito Federal

3. FECHA DE NACIMIENTO: 08 07 1985 (Día Mes Año) — 4. EDAD: 36 Años

5. CONDICIÓN INDÍGENA: 5.1 ¿Se considera indígena? Sí ○ No ☒ Se ignora ○ — 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Sí ○ No ☒ Se ignora ○ *Especifique:

6. SITUACIÓN CONYUGAL: Soltera ○ Unión libre ○ Casada ☒ Separada ○ Divorciada ○ Viuda ○ Se ignora ○

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: 7.1 Tipo de vialidad: Calle — 7.2 Nombre de la vialidad: Eucalipto — 7.3 Núm. Ext.: 16 — 7.4 Núm. Int.: — 7.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 7.6 Nombre del asentamiento humano: Anáhuac — 7.7 Código Postal: 11320 — 7.8 Localidad: Miguel Hidalgo — 7.9 Municipio o Alcaldía: Miguel Hidalgo — 7.10 Entidad federativa: Ciudad de México — 7.11 Teléfono: 55 4177 8545

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): 04 — Se ignora ○

9. NÚMERO DE HIJOS (incluye el actual): 9.1 Nacidos vivos: 03 — Se ignora ○ — 9.2 Nacidos vivos: 03 — Se ignora ○ — 9.3 Sobrevivientes: 03 — Se ignora ○

10. LA (EL) HIJO ANTERIOR NACIÓ: Vivo ☒ Muerto ○ No tiene ○ (omitir hijos) — 10.1 Vive actualmente: Sí ☒ No ○ Se ignora ○

11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, nacidos): 04 — Se ignora ○

12. ATENCIÓN PRENATAL: 12.1 ¿Recibió atención? Sí ☒ No ○ Se ignora ○ — 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero ☒ Segundo ○ Tercero ○ Se ignora ○ — 12.3 Total de consultas recibidas: 09 — Se ignora ○

13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDO VIVO? Sí ☒ No ○ — 13.1 En caso negativo, escribir el número de folio del Certificado de Defunción:

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ ISSSTE ☒ SEDENA ○ Seg. Popular / INSABI ○ SSPEM ○ Otra ○ IMSS ○ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS BIENESTAR ○ Se ignora ○ — 14.1 Número de seguridad social o afiliación: POGR 850708/20

15. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Primaria ○ Secundaria ○ Técnica terminal con secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Técnica terminal con bachillerato ○ Profesional ☒ Posgrado ○ Se ignora ○

15.1 La escolaridad es incompleta o completa: Completa ○ Incompleta ☒

15.2 ¿Interrumpió estudios por embarazo? Sí ○ No ☒ Se ignora ○

16. OCUPACIÓN HABITUAL: Empleada — Se ignora ○

16.1 Trabaja actualmente: Sí ☒ No ○ Se ignora ○

17. EDAD DEL PADRE: 40 — Se ignora ○

DATOS DE LA (DEL) NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 29 12 2021 (Día Mes Año) 17:24 (Horas Minutos) — 19. SEXO: Hombre ☒ Mujer ○ — 20. EDAD GESTACIONAL: 40 Semanas

21. TALLA: 50 Centímetros — 22. PESO AL NACER: 3140 Gramos

23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDO EN SUS PRIMEROS MINUTOS: 23.1 APGAR (Al cinco minutos): 09 — 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos): 00

24. TAMIZ AUDITIVO: Sí ☒ No ○

25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 25.1 BCG: Sí ○ No ☒ — 25.2 Hepatitis B: Sí ○ No ☒ — 25.3 Vitamina A: Sí ○ No ☒ — 25.4 Vitamina K: Sí ☒ No ○

26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Único ☒ Gemelar ○ Tres o más ○ — *Especifique: de

27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDO VIVO: a) Ninguna Aparente — b)

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Sanatorio de Salud ○ ISSSTE ☒ SEDENA ○ IMSS BIENESTAR ○ Otra unidad pública ○ — 28.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Tacuba — Vía pública ○ Hogar ○ — Otro lugar ○ — *Especifique:

IMSS ○ PEMEX ○ SEMAR ○ Unidad médica privada ○ — 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

29.1 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: 00:00 (Horas Minutos) — 29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico ☒ Distócico ○ — ¿Se usó fórmula? Sí ○ No ○ Otra ○ — Cesárea ○ — Programada ○ — De urgencia ○ — *Especifique:

30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico ☒ Enfermera ○ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ Partera ○ Otra ○ — *Especifique:

Especificar si es médico: Ginecoobstetra ☒ Cirujano especialista ○ Residente ○ General ○ IMSS ○ ISSSTE ○

31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: 31.1 Tipo de vialidad: Calle — 31.2 Nombre de la vialidad: Lago Ontario — 31.3 Núm. Ext.: 119 — 31.4 Núm. Int.: — 31.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 31.6 Nombre del asentamiento humano: Tacuba — 31.7 Código Postal: 11410 — 31.8 Localidad: Miguel Hidalgo — 31.9 Municipio o Alcaldía: Miguel Hidalgo — 31.10 Entidad federativa: Ciudad de México

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE: Oscar Augusto (Nombre(s)) — Ahlborn (Primer Apellido) — Ramírez (Segundo Apellido)

33. CERTIFICADO POR: Médico cirujano ☒ Médico ginecoobstetra ○ Otro médico ○ Enfermera ○ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ Partera ○ Autoridad civil ○ *Especifique:

34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD: Número de cédula profesional: 3823432

35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA: 35.1 Nombre de la unidad médica — 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

36. DOMICILIO Y TELÉFONO: 36.1 Tipo de vialidad: Calle — 36.2 Nombre de la vialidad: Lago Ontario — 36.3 Núm. Ext.: 119 — 36.4 Núm. Int.: — 36.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 36.6 Nombre del asentamiento humano: Tacuba — 36.7 Código Postal: — 36.8 Localidad: Miguel Hidalgo — 36.9 Municipio o Alcaldía: Miguel Hidalgo — 36.10 Entidad federativa: Ciudad de México — 36.11 Teléfono: 55 3399 6199

37. FIRMA — 38. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 29 12 2021 (Día Mes Año)

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

HOSPITAL GENERAL TACUBA — 30 DIC 2021 — SERVICIOS JURÍDICOS

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES