



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

026549467

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 (a) <u>Brenda Gabriela</u> Primer Apellido <u>Rosas</u> Segundo Apellido <u>Ramirez</u>				
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>R10RIB94103106MDFISMR09</u> Se ignora <input type="radio"/>				
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Gustavo A. Madero</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Distrito Federal</u>				
3. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>03</u> Año <u>1994</u>	4. EDAD Años <u>25</u>	5.1 ¿Se considera indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	5.2 ¿Hable alguna lengua indígena? Sí <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 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>645</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>San Juan de Aragón 4 y 5 secc.</u> 7.3 Num. Exterior <u>07972</u> 7.4 Num. Interior <u>07972</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Gustavo A. Madero</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Gustavo A. Madero</u> 7.7 Código Postal <u>5554052573</u> 7.8 Localidad <u>Gustavo A. Madero</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Gustavo A. Madero</u> 7.10 Entidad federativa <u>Ciudad de México</u> 7.11 Teléfono		
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>010</u> Se ignora <input type="radio"/>		10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACÍO Vivo (a) <input type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/>
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>		12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Segura Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> RORB-940306/2 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"/> La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleada Federal</u> Se ignora <input type="radio"/>		

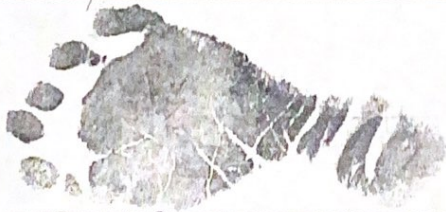
DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>02</u> Año <u>2020</u> Hora <u>07</u> Minutos <u>15</u>		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas
20. TALLA <u>151</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3450</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 Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>	
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.2 Hepatitis B Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.3 (A) Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.4 (K) Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>			
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna</u> b) <u>Ninguna</u>			
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique:			
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Hospital de Especialidades Mig. <input checked="" type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital de Especialidades Mig.</u> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>DFSMR00000414</u>			
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 30.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Rio Bamba</u> 30.3 Num. Exterior <u>800</u> 30.4 Num. Interior <u>07300</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Lindavista</u> 30.7 Código Postal <u>07300</u> 30.8 Localidad <u>Gustavo A. Madero</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Gustavo A. Madero</u> 30.10 Entidad federativa <u>Ciudad de México</u>			

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE Nombre (a) <u>Adrian</u> Primer Apellido <u>Gonzalez</u> Segundo Apellido <u>Garcia</u>	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input 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"/> Especifique:	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3812080</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>Rio Bamba</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>800</u>
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Rio Bamba</u> 35.3 Num. Exterior <u>800</u> 35.4 Num. Interior <u>07300</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Lindavista</u> 35.7 Código Postal <u>07300</u> 35.8 Localidad <u>Gustavo A. Madero</u> 35.9 Municipio o delegación <u>Gustavo A. Madero</u> 35.10 Entidad federativa <u>Ciudad de México</u> 35.11 Teléfono	
36. FIRMA	37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>02</u> Año <u>2020</u>

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MIG.
S.A. DE C.V.
20 FEB 2020
R10RIB94103106MDFISMR09

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	25 02 2020
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	24 02 2020
		SEGUNDA	2 MESES	Hexavalente
		TERCERA	6 MESES	Hexavalente
PENTAVALENTE ACELULAR DPT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	C.S.T. II NARCISO BASSOLS 24 ABR 2020 Hx
		SEGUNDA	4 MESES	C.S.T. II NARCISO BASSOLS 24 JUN 2020 Hx
		TERCERA	6 MESES	C.S.T. II NARCISO BASSOLS 24 AGO 2020 Hx
		CUARTA	18 MESES	24 AGOSTO 2021
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	4 MESES	Monovalente C.S.T. II NARCISO BASSOLS 24 ABR 2020
		SEGUNDA	4 MESES	24 JUN 2020
		TERCERA	6 MESES	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	C.S.T. II NARCISO BASSOLS 24 ABR 2020
		SEGUNDA	4 MESES	C.S.T. II NARCISO BASSOLS 24 JUN 2020
		REFUERZO	12 MESES	24-02-21
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	C.S.T. II NARCISO BASSOLS 15 DIC 2020
		SEGUNDA	6 MESES	C.S.T. II NARCISO BASSOLS 18 ENE 2021
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	Don Horacio
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				