



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

020158181

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DE LA MADRE

1 NOMBRE <u>MARIA DELCRES</u> <u>BARBERA</u> <u>TRUJILLO</u> <small>Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>BATD810P711SIMDIFIRILQ11</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2 LUGAR DE NACIMIENTO <u>BENITO JUAREZ</u> <u>DISTRITO FEDERAL</u> <small>2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)</small>	
3 FECHA DE NACIMIENTO <u>15/07/1980</u> <small>Día Mes Año</small>	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 ¿Había alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena había?	
6 ESTADO CONYUGAL En unión libre <input 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 TELEFONO <u>CALLE</u> <u>5 DE MAYO</u> <u>EDIFICIO 2 DEPTO 302</u> <small>7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Num. Exterior 7.4 Num. Interior</small>	
<u>COLOMA</u> <u>VALE DE LUCES</u> <u>09500</u> <small>7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal</small>	
<u>1294000</u> <u>DISTRITO FEDERAL</u> <u>15818181</u> <small>7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono</small>	
8 NUMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	9 NUMERO 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>01</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? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primer <input type="radio"/> Segundo <input checked="" type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13 ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>BADT 800-75120</u>	
15 ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16 OCUPACIÓN HABITUAL <u>SECRETARIA</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente 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>22/12/2016</u> <u>01:10:11</u> <small>Día Mes Año Hora Minutos</small>		18 SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	19 EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas
20 TALLA <u>43</u> Centímetros	21 PESO AL NACER <u>1730</u> Gramos	22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>100</u> (A los 5 minutos)
24 APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.3 (A) Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.4 (K) 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 ANOMALIAS CONGENITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>NINGUNA APARENTE</u> b) <u></u> <small>CÓDIGO CIE</small>			
27 RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Cesarea <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> → Especifique			
28 SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Oportunidades <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>HOSPITAL ADOLFO LOPEZ MATEOS</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>01F115T100102011</u> 28.3 Num. Exterior <u>1321</u> 28.4 Num. Interior <u>10110310</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 <u>AVENIDA</u> <u>UNIVERSIDAD</u> <u>1321</u> <small>30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la vivienda 30.3 Num. Exterior 30.4 Num. Interior</small> <u>COLOMA</u> <u>FLORIDA</u> <u>10110310</u> <small>30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal</small> <u>1294000</u> <u>ALVARO OBREGON</u> <u>Ciudad de México</u> <small>30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa</small>			

FICANTE

31 NOMBRE <u>KARLA</u> <u>NAVELI</u> <u>BAUTISTA</u> <u>GONZALEZ</u> <small>Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
32 CERTIFICADO POR Médico pediatra <input 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 UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.