



ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

027085059

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE															
Nombre (s) <u>C U V E R O S 1 7 N M C R R S O S</u> Primer Apellido <u>C R U Z</u> Segundo Apellido <u>V E R A</u>															
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>C U V E R O S 1 7 N M C R R S O S</u> Se ignora <input type="radio"/> 99															
2. LUGAR DE NACIMIENTO															
<u>Cd. Nezahualcóyotl</u> Estado de <u>México</u>															
2.1 Municipio o delegación															
2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)															
3. FECHA DE NACIMIENTO				4. EDAD		5.1 ¿Se considera indígena?		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?		5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?					
<u>1 7 0 6 1 9 9 8</u> Día Mes Año				<u>2 1</u> Años		Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Se ignora <input type="radio"/> 09					
6. ESTADO CONYUGAL															
En unión libre <input type="radio"/> 15 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input checked="" type="radio"/> 12 Casada <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99															
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO															
<u>avenida</u> <u>Valle de Bravo</u> <u>832</u>															
7.1 Tipo de vialidad															
7.2 Nombre de la vialidad															
7.3 Núm. Exterior															
7.4 Núm. Interior															
7.5 Tipo de asentamiento humano															
7.6 Nombre del asentamiento humano															
7.7 Código Postal															
<u>Cd. Nezahualcóyotl</u> <u>Cd. Nezahualcóyotl</u> <u>Estado de México</u>															
7.8 Localidad															
7.9 Municipio o delegación															
7.10 Entidad federativa															
7.11 Teléfono															
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)				9. NÚMERO DE HIJOS (AS)				10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ				11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples)			
<u>0 1</u> Se ignora <input type="radio"/> 99				9.1 Nacidos Muertos (as) <u>0 0</u> Se ignora <input type="radio"/> 99				Vivo (a) <input type="radio"/> 01 Muerto (a) <input type="radio"/> 02 No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/> 03				10.1 Vive aún Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
				9.2 Nacidos Vivos (as) <u>0 1</u> Se ignora <input type="radio"/> 99								Se ignora <input type="radio"/> 09			
				9.3 Sobrevivientes <u>0 1</u> Se ignora <input type="radio"/> 99								<u>0 1</u> Se ignora <input type="radio"/> 99			
12. ATENCIÓN PRENATAL								12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta				12.3 Total de consultas recibidas			
12.1 ¿Recibió atención? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09								Primero <input checked="" type="radio"/> 01 Segundo <input type="radio"/> 02 Tercero <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09				<u>0 9</u> Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?								13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción							
Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02															
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08				IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Prospera <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				14.1 Número de seguridad social o afiliación			
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 01				Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07				15.1 La escolaridad seleccionada es							
Profesional <input type="radio"/> 08				Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 02							
16. OCUPACIÓN HABITUAL								16.1 Trabaja actualmente							
<u>Estilista</u>								Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09							

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		18. SEXO		19. EDAD GESTACIONAL	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 7 11 2 0 19 1 8 0 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Día Mes Año Hora Minutos </div>		Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input checked="" type="radio"/> _2_		39 Semanas	
20. TALLA		21. PESO AL NACER		22.1 APGAR	
5 2 Centímetros		4 2 0 0 Gramos		9 (A los 5 minutos)	
24.1 BCG		24.2 Hepatitis B		22.2 SILVERMAN	
Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_		Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_		0 (A los 5 minutos)	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS				25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO	
Vitaminas				Único <input checked="" type="radio"/> _1_ Gemelar <input type="radio"/> _2_ Tres o más <input type="radio"/> _3_	
24.3 (A) Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_				24.4 (K) Sí <input checked="" type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO					
a) Ninguna aparente					
b) Ninguna aparente					
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO					
Eutócico <input type="radio"/> _1_ Distócico <input type="radio"/> _4_ → ¿Se usaron fórceps? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_					
Cesárea <input checked="" type="radio"/> _2_ Otro <input type="radio"/> _8_ → Especifique:					
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_					
IMSS Prospera <input type="radio"/> _2_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_ Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> _10_					
C. Esp. Med. del Valle					
28.1 Nombre de la unidad médica					
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO					
Médico <input checked="" type="radio"/> _1_ → Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> _11_ Otro especialista* <input type="radio"/> _12_					
Residente <input type="radio"/> _13_ General <input type="radio"/> _14_ MPSS <input type="radio"/> _15_ MIP <input type="radio"/> _16_					
Enfermera <input type="radio"/> _2_ Partera <input type="radio"/> _4_ Otro* <input type="radio"/> _8_ *Especifique:					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> _3_					
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO					
avenida Valle de Bravo 121					
colonia Maravillas					
Cd. Nezahualcóyotl					
Estado de México					

CERTIFICANTE

31. NOMBRE		Martín		Mendoza		Barreto	
		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR							
Médico pediatra <input type="radio"/> 1		Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7		Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 2		Enfermera <input type="radio"/> 3	
				Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4		Partera <input type="radio"/> 5	
				Autoridad civil* <input type="radio"/> 6		general <input type="radio"/> 7	
						*Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA			
1292404							
Número de cédula profesional				34.1 Nombre de la unidad médica			
				34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
35. DOMICILIO Y TELÉFONO				Valle de Bravo			
				121			

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.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PER

12.1 ¿Recibió atención? Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		12.2 ¿En qué orden recibió la atención? Primero <input checked="" type="radio"/> _1 Segundo <input type="radio"/> _2 Tercero <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9		12.3 ¿En qué orden recibió la atención? <input type="text"/> _1 <input type="text"/> _2 <input type="text"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción <input type="text"/>			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _3 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _5 SEMAR <input type="radio"/> _6 Seguro Popular <input type="radio"/> _7 IMSS Prospera <input type="radio"/> _10 Otra <input type="radio"/> _8 Se ignora <input type="radio"/> _9		14.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="text"/>			
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1 Profesional <input type="radio"/> _8 Primaria <input type="radio"/> _3 Posgrado <input type="radio"/> _10 Secundaria <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _99 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7		15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> _2			
16. OCUPACIÓN HABITUAL <input type="text"/>		Se ignora <input type="radio"/> _99		16.1 Trabaja actualmente Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		18. SEXO		19. EDAD GESTACIONAL	
1 7 11 2 0 19 1 8 0 2		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2		39 Semanas	
20. TALLA		21. PESO AL NACER		22.1 APGAR	
5 2 Centímetros		4 2 0 0 Gramos		(A los 5 minutos)	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		22.2 SILVERMAN		23. TAMIZ AUDITIVO	
24.1 BCG SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		24.2 Hepatitis B SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		(A los 5 minutos)	
24.3 (A) SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		24.4 (K) SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO				25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO	
a) Ninguna aparente				Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	
b) Ninguna aparente				CÓDIGO CIE	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO				Cesárea <input checked="" type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 8	
Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4				→ ¿Se usaron fórceps? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO				→ Especifique:	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7				C. Esp. Med. del Valle	
IMSS Prospera <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				28.1 Nombre de la unidad médica	
Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 10				28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO					
Médico <input checked="" type="radio"/> 1 → Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro especialista* <input type="radio"/> 12					
Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 3					
Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16					
Partera <input type="radio"/> 4 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique:					
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO					
avenida Valle de Bravo					
30.1 Tipo de vialidad		30.2 Nombre de la vialidad		30.3 Núm. Exterior	
colonia		Maravillas		121	
30.5 Tipo de asentamiento humano		30.6 Nombre del asentamiento humano		30.7 Código Postal	
Cd. Nezahualcóyotl		Cd. Nezahualcóyotl		51714110	
30.8 Localidad		30.9 Municipio o delegación		30.10 Entidad federativa	
Estado de México		Estado de México		Estado de México	

31. NOMBRE		Martín		Mendoza		Barreto	
		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
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"/>		General <input type="radio"/>	
						*Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA			
1292404							
Número de cédula profesional				34.1 Nombre de la unidad médica			
				34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
35. DOMICILIO Y TELÉFONO							
avenida				Valle de Bravo			
35.1 Tipo de vialidad				35.2 Nombre de la vialidad			
colonia				Maravillas			
35.5 Tipo de asentamiento humano				35.6 Nombre del asentamiento humano			
Cd. Nezahualcóyotl				Cd. Nezahualcóyotl Estado de México			
35.8 Localidad				35.9 Municipio o delegación			
				35.10 Entidad federativa			
36. FIRMA				37. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
[Firma]				19/11/2019			
				Día Mes Año			

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE



**CENTRO DE ESPECIALIDADES
MEDICAS DEL VALLE S.A de C**

RFC CEM-010300 NM3

VALLE DE BRAVO No. 121
MARAVILLAS TEL. 52 36-01

SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

FIRMA DE LA MADRE

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

027085059