



## SECRETARÍA DE SALUD

FOLIO

## CERTIFICADO DE NACIMIENTO

020044857

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

## DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE Nombre(s) <u>Mónica Karina</u> Primer Apellido <u>Ortiz</u> Segundo Apellido <u>Orlando</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>MOCA040827000000000000</u>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Coyoacán</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Distrito Federal</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>07</u> Mes <u>11</u> Año <u>1987</u>	4. EDAD Años <u>28</u>
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input checked="" type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle cerrada</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Valle de San Lorenzo</u> 7.3 Núm. Exterior <u>96</u> 7.4 Núm. Interior <u>9</u>	
7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Iztapalapa</u> 7.7 Código Postal <u>07190</u> 7.8 Localidad <u>Distrito Federal</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Distrito Federal</u> 7.10 Entidad federativa <u>Distrito Federal</u> 7.11 Teléfono <u>0538430</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>06</u>	
9.1 Nacidos Muertos (as) <u>04</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <u>Primero</u> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12.3 Total de consultas recibidas <u>08</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> Sí <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 type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" 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>11008310804219870</u>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ama de casa</u> Se ignora <input type="radio"/>	
16.1 Trabaja actualmente <input type="radio"/> Sí <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 Día <u>20</u> Mes <u>02</u> Año <u>2016</u> Hora <u>18</u> Minutos <u>09</u>		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>36</u> Semanas
20. TALLA <u>45</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>2000</u> Gramos	22.1 APGAR <u>08</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>02</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO <input checked="" type="radio"/> Sí <input 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. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>ninguna aparente</u>			
26. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> ¿Se usaron forceps? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
26.1 Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique:			
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Oportunidades <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>			
28. 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"/>			
29. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de vivienda <u>Avenida</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Rio Magdalena</u> 30.3 Núm. Exterior <u>289</u> 30.4 Núm. Interior <u>01090</u>			
30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tizapán San Angel</u> 30.7 Código Postal <u>07190</u>			
30.8 Localidad <u>Alvaro Obregón</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Distrito Federal</u> 30.10 Entidad federativa <u>Distrito Federal</u>			

## DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE Nombre(s) <u>Jennifer Pamela</u> Primer Apellido <u>Santoyo</u> Segundo Apellido <u>Vacio</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"/> *Especifique:	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>1163179</u>	
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica <u>289</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>07190</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Avenida</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Rio Magdalena</u> 35.3 Núm. Exterior <u>289</u> 35.4 Núm. Interior <u>01090</u>	
35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tizapán San Angel</u> 35.7 Código Postal <u>07190</u>	
35.8 Localidad <u>Alvaro Obregón</u> 35.9 Municipio o delegación <u>Distrito Federal</u> 35.10 Entidad federativa <u>Distrito Federal</u> 35.11 Teléfono <u>55504423</u>	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>20022016</u>	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

HOSPITAL DE ESPECIAL OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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