



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO

024486833

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 <u>IMELDA</u> <u>HERNANDEZ</u> Nombre(s) Primer Apellido		2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>CALPULALPAN</u> <u>TLAXCALA</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)					
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>24/01/1986</u> Día Mes Año		4. EDAD <u>33</u> Años					
5.1 ¿Se considera indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
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 checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?					
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>CALLE</u> <u>DOCTOR ANDRADE</u> <u>72</u> 7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior		7.5 Tipo de asentamiento humano <u>COLONIA</u>		7.6 Nombre del asentamiento humano <u>DOCTORES</u>		7.7 Código Postal <u>0167210</u>	
7.8 Localidad <u>CUAUTEMOC</u>		7.9 Municipio o delegación <u>CUATTEMOC</u>		7.10 Entidad federativa <u>CUATTEMOC</u>		7.11 Teléfono <u>55455120578</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>12</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>0</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>10</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>10</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"/>		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.3 Total de consultas recibidas <u>10</u> Se ignora <input type="radio"/>			
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Sí <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 Prospera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>HE01860124/20</u>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" 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>DIRECTORA EN ESCUELA PRIMARIA</u> Se ignora <input type="radio"/>		16.1 Trabaja actualmente 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 <u>03/07/2019</u> <u>16:57</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>		19. EDAD GESTACIONAL <u>37</u> Semanas					
20. TALLA <u>510</u> Centímetros		21. PESO AL NACER <u>3220</u> Gramos		22.1 APGAR <u>10</u> (A los 5 minutos)		22.2 SILVERMAN <u>10</u> (A los 5 minutos)		23. TAMIZ AUDITIVO Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.2 Hepatitis B Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.3 (A) Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.4 (K) Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Vitaminas		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>					
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>NINGUNA APARENTE</u> b) <u></u>						código de			
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? Sí <input type="radio"/> No <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 checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>						28.1 Nombre de la unidad médica <u>HG DR FERNANDO QUIROZ</u>			
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>01FISIT010121916</u>						28.3 Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>			
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>CALLE</u> <u>FELIPE ANGELES</u> <u>120</u> 30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la vivienda 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior									
30.5 Tipo de asentamiento humano <u>COLONIA</u>						30.6 Nombre del asentamiento humano <u>BELLAVISTA</u>			
30.7 Código Postal <u>0111910</u>						30.8 Localidad <u>ALVARO OREGON</u>			
30.9 Municipio o delegación <u>CUATTEMOC</u>						30.10 Entidad federativa <u>CUATTEMOC</u>			

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE <u>LETICIA</u> <u>REYNA</u> <u>JIMENEZ</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		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>9994322</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 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>CALLE</u> <u>FELIPE ANGELES</u> <u>120</u> 35.1 Tipo de vivienda 35.2 Nombre de la vivienda 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior		35.5 Tipo de asentamiento humano <u>COLONIA</u>		35.6 Nombre del asentamiento humano <u>BELLAVISTA</u>		35.7 Código Postal <u>0111910</u>	
35.8 Localidad <u>ALVARO OREGON</u>		35.9 Municipio o delegación <u>CUATTEMOC</u>		35.10 Entidad federativa <u>CUATTEMOC</u>		35.11 Teléfono <u></u>	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>03/07/2019</u> Día Mes Año					

Una yoali elizondo hernandez
ACTA 00706 LIBRO 04 DE FECHA 16/07/2019
REGISTRO CIVIL 05 CHIMALHUACAN MEXICO
RECOGER HOJA A PARTIR DEL D 16/07/2019
VIERNES A VIERNES DE 2 A 3 P

MUSPITAL GENERAL DR.
FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
1666.T.E