

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. LUGAR DE NACIMIENTO		2.1 Municipio o delegación		2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)			
3. FECHA DE NACIMIENTO		4. EDAD		5.1 ¿Se considera indígena?		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?	
Día Mes Año		Años		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Si <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		7.1 Tipo de vivienda		7.2 Nombre de la vivienda		7.3 Núm. Exterior	
7.5 Tipo de asentamiento humano		7.6 Nombre del asentamiento humano		7.7 Código Postal		7.4 Núm. Interior	
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	
9.1 Nacidos Muertos (as) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		9.2 Nacidos Vivos (as) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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"/>		10.1 Vive aún <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
9.3 Sobrevivientes <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>						10.2 <input type="radio"/> 10.3 <input type="radio"/> 10.4 <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL		12.1 ¿Recibió atención?		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta		12.3 Total de consultas recibidas	
Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?		Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
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"/>							
15. ESCOLARIDAD		15.1 La escolaridad seleccionada es					
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"/>		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>					
16. OCUPACIÓN HABITUAL		16.1 Trabaja actualmente					
Educación		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 05/10/2021 12:15:00 Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		19. EDAD GESTACIONAL 40 Semanas	
20. TALLA 111 Centímetros		21. PESO AL NACER 35125 Gramos		22. APGAR <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 (A los 5 minutos)	
23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		24. SILVERMAN <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 (A los 5 minutos)		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	
26. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 24.3 (A) Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 24.4 (K) Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) Ninguna aparente b) Ninguna aparente					
28. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4 → ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Cesárea <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 8 → Especifique:					
29. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS Prospera <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10					
30. 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 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique:					
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Avenida 30.1 Tipo de vialidad Instituto Politécnico Nacional 30.2 Nombre de la vialidad 1665 30.3 Num. Exterior 30.4 Num. Interior 01717610 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa					

DATOS DEL CERTIFICANTE	31. NOMBRE	<u>Katrina Reyes Gomez</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	32. CERTIFICADO POR	Médico <input type="radio"/> 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"/> <u>Residente</u> *Especifique	
	33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	<u>(Residente) 12118310</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>Instituto Materno-Perinatal Nacional</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1669</u>	
	35. DOMICILIO Y TELÉFONO	35.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Margdalena de las Salinas</u> 35.3 Num. Exterior 35.4 Num. Interior <u>1071716101</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal <u>06500</u> 35.8 Localidad <u>Cuauhtémoc</u> 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa <u>DF</u> 35.11 Teléfono	
36. FIRMA	<u>[Firma]</u>		
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN	<u>15/04/2021</u> Día Mes Año		



FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE



026644189