



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Marzo 2015  
FOLIO

025144205

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.

## DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE <u>Cecilia Juana</u> <u>Prado</u> <u>Martinez</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>ROMCBY40926HMCRCR02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Chalco</u> <u>Estado de México</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>26</u> <u>09</u> <u>1984</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>34</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> SI <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 type="radio"/> Casada <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Calte</u> <u>Tulipan</u> <u>5</u> 7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> <u>Miraflores</u> <u>56647</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal <u>Miraflores</u> <u>Chalco</u> <u>Estado de México</u> <u>25841628</u> 7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 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"/> 9.3 Sobrevivientes <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) <input type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/> 10.1 Vive aún <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> SI <input 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>12</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> SI <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 checked="" type="radio"/> ISSSTE <input 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	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es 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 <u>Empleada</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> SI <input 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>19</u> <u>03</u> <u>2019</u> <u>10</u> <u>13</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas
20. TALLA <u>49</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3300</u> Gramos	22.1 APGAR <u>9</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>1</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>		24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.2 Hepatitis B <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.3 (A) <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.4 (K) <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input 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</u> b) <u></u> CÓDIGO DE			
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> SI <input checked="" 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 type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> <u>Hospital Polanco</u> <u>28.1 Nombre de la unidad médica</u> <u>MCSMP00101051</u> <u>28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 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>Carretera</u> <u>Federal México-Cuautla H21 Lt1</u> <u>16</u> <u>Colonia</u> <u>Hacienda las Palmas 3ª sección</u> <u>56530</u> <u>Hda. las Palmas 3ª secc.</u> <u>Ixtapalapa</u> <u>Estado de México</u> <u>5517228313</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 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa 30.11 Teléfono			

## DATOS DEL CERTIFICANTE

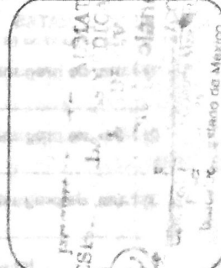
31. NOMBRE <u>Arturo</u> <u>Buenfil</u> <u>Herrera</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido		
32. CERTIFICADO POR Médico <input checked="" type="radio"/> Médico pediatra <input type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> *Especifique:		
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7046502</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>Carretera</u> <u>Federal México-Cuautla H21 Lt1</u> <u>16</u> <u>Colonia</u> <u>Hacienda las Palmas 3ª sección</u> <u>56530</u> <u>Hda. las Palmas 3ª secc.</u> <u>Ixtapalapa</u> <u>Estado de México</u> <u>5517228313</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 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono		
36. FIRMA <u></u>		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>20</u> <u>07</u> <u>2019</u> Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR  
DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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