## SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

029135963

| -                     | 1. NOMBRE Maria de Lourdes Arellano Zacarias   |
|-----------------------|--|
|                       | Nombre (s)   Primer Apellido   Segundo Apellido     |
|                       | 2. LUGAR DE NACIMIENTO Chiautla México   |
|                       | 2.1 Municipio o Alcaldía 2.2 Entidad federativa o país (si es extrargera)  3. FECHA DE NACIMIENTO 4. EDAD 5. CONDICIÓN INDÍGENA  |
|                       | L1 5 0 4 1 3 7 9 4 2 Se ignora 9 Si O 1 No 2 Se ignora 9 Especifique:  |
| NTE                   | 6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera O 12 En unión libre O 15 Casada O 16 Divorciada O 13 Viuda O 14 Se ignora O 99   |
| O GESTANTE            | 7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Hidalgo 10 Barrio  |
|                       | Huitznahuae [5,6,0,3,0] Chiautla   |
| MADRE                 | 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal Chiautta 7.8 Localidas 7.8 Localidas 7.8 Localidas 7.9 Municipio o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono   |
| OS DE LA              | 8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9. 1 Nacidas/os Muertas/os Muertas/os Muerta |
| DATOS                 | 9.3 Sobrevivientes 9.3 Sobrevivi |
|                       | 12. ATENCION PRENATAL SI 1 No 2 Se ignora 9   Primero 1 Segundo 2 Tercero 3 Se ignora 9  |
|                       | 13.2 JVIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O?  SI 01 No 02 13.1 En caso negativo, escriba el numero de folio del Certificado de Defunción  |
|                       | 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS O 2 PEMEX O 4 SEMAR O 6 IMSS Bienestar O 10 Se ignora O 99 14.1 Número de seguridad social o affiliación  |
|                       | 15. ESCOLARIDAD  Ninguna 1 Técnico terminal 1 Profesional 0 seleccionada es por el embarazo?  15. La escolaridad 1 15.2 ¿Interrumpió estudios con secundaria 1 por el embarazo?  Administrativo actualmente  |
|                       | Primaria O <sub>3</sub> Bachillerato o O <sub>7</sub> Posgrado O <sub>10</sub> Completa O <sub>11</sub> Si O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub> SI O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub>  |
|                       | Secundaria O 5 Técnico terminal O 12 Se ignora O 99 Incompleta O 2 Se ignora O 9 Se ig |
|                       | 18. FECHAY HORA DEL NACIMIENTO  O 7 1 2 2 0 2 1 2 5 6  Dia Mes Año Horas Minutos  19. SEXO Hombre 0 1 Mujer 3 2 20. EDAD GESTACIONAL 3 1 Semanas   |
| TO                    | 21. TALLA  22. PESO AL NACER  23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS  24. TAMIZ AUDITIVO  24. TAMIZ AUDITIVO  26. TAMIZ AUDITIVO  27. TALLA  27. TALLA  28. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS  28. TAMIZ AUDITIVO  29. TAMIZ AUDITIVO  20. TAMIZ AUDITIVO  20. TAMIZ AUDITIVO  20. TAMIZ AUDITIVO  20. TAMIZ AUDITIVO  21. TALLA  22. PESO AL NACER  23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS  24. TAMIZ AUDITIVO  25. TAMIZ AUDITIVO  26. TAMIZ AUDITIVO  27. TAMIZ AUDITIVO  27. TAMIZ AUDITIVO  28. TAMIZ AUDITIVO  29. TAMIZ AUDITIVO  21. TAMIZ AUDITIVO  29. TAMIZ AUDITIVO  21. TAMIZ AUDITIVO  29. TAMIZ AUDITIVO  20. TAMIZ AUDITIVO  21. TAMIZ AUDITIVO  22. TAMIZ AUDITIVO  23. TAMIZ AUDITIVO  24. TAMIZ AUDITIVO  25. TAMIZ AUDITIVO  26. TAMIZ AUDITIVO  27. TAMIZ AUDITIVO    |
| NACIMIENTO            | 25. APLICACIÓN DE 25.1 BCG 25.2 Hepatilis B 25.3 Vitamina A 25.4 Vitamina K 26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO "Especifique:  |
| NAC                   | 27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O   |
| Y DEL                 | a) Ninguna Aparente  |
| ACIDA/O VIVA/O Y      | b)   |
| A/O V                 | Secretaria O 1 ISSSTE O 4 SEDENA O 6 IMSS O 2 Otra unidad O 8 Dienestar Pública O 11 Hogar O 12 Dienestar Pública O 13 Otro lugar O 13   |
| NACIE                 | IMSS O3 PEMEX O5 SEMAR O7 Unidad médica O10 28 % Clare Units de Entrélación selos de Salvid (CULES) "Especifique:  |
| (DEL)                 | 28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Horas Minutos  29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Se uzame férezo y SI 0 1 No 0 2 Citro* 3 1 Eutôcico 0 1 Distócico 0 2 **Espacifique*  Cesárea 3 3 De urgencia 5 2   |
| DELA                  | 30, PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO  Médicalo 🕲 1 Enfermeralo 🔾 2 Persona autorizada por la Secretaria de Salud* 🔾 3 Parteralo* 🔾 4 Otralo* 🔾 8   |
| DATOS                 | Especifique tipo de médica/o Gineco-obstetra 11 Otra/o especialista* 012 Residente 013 General 014 MPSS 015 MIP 016  |
| DA                    | 31. DOMICILIQ DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO.  Nezahualcóyotl 405  31.1 Tipo de vialidad 31.2 Nombre de la yialidad 31.3 Núm. Ext. 31.4 Núm. Int. 31.5 Tipo de asentamiento humano  |
|                       | San Juanito 56120 Texcoco de Mora 31.6 Nombre del asentamiento humano 31.7 Código Postal 31.8 Localidad  |
|                       | Texcoco Estado de Mexico 31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Enidad federativa   |
| LA (DEL) CERTIFICANTE | 32. NOMBRE Juan Soriano Constantino DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE   |
|                       | Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido  33. CERTIFICADO POR   |
|                       | Médica/o pediatra 01 Médica/o Gineco-obstetra 67 Otra/o médica/o *O2 Enfermera/o 03 Persona autorizada por la Secretaria de Salud* 04  |
|                       | 34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional 5088383  |
|                       | 35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA   |
|                       | 35.1 Nombre de la unidad médica 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 36. DOMICILIO YTELÉFONO FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE   |
|                       | Galle Neganual Coyott 405 36.1 Tipo de vialidad 36.2 Nombre de la vialidad 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int. GA MA   |
|                       | Com Town 14 15 C 200 211 2170 2 6 10   |
| DE                    | Colonia San Juanito 56 102 01 REIGA TEXESTA 36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Codign Postar R  |
| TOS DE                | Colonia San Juanito 36.5 Tipo de asentamiento humano 36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Codigo Postey Texcoco Texcoco 36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldia 37.9 Municipio o Alcaldia  |
| DE                    | 36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Codigo Postay Texcoco  |