



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

FOLIO

030680453

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

1. NOMBRE Nombre(s) <u>Jocelyn Abigail</u> Primer Apellido <u>Escalera</u> Segundo Apellido <u>Barrueta</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>E A B J 9 7 0 6 2 7 M D F S R C 0 1</u>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o Alcaldía <u>Venustiano Carranza</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Ciudad de México</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>27</u> Mes <u>06</u> Año <u>1997</u>	4. EDAD Años <u>24</u>
5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Se considera indígena? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique _____	
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Oriente 164</u> 7.3 Núm. Ext. <u>39</u> 7.4 Núm. Int. <u>05</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Moctezuma 2da sección</u> 7.7 Código Postal <u>06530</u> 7.8 Localidad <u>Venustiano Carranza</u> 7.9 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad de México</u> 7.10 Entidad federativa <u>Ciudad de México</u> 7.11 Teléfono <u>55 80 37 41 22 11</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. NÚMERO DE HIJAS/OS (Incluye el actual) 9.1 Nacidos/as Muertos/as <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos/as Vivos/as <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>
10. LA (EL) HUA/O ANTERIOR NACÍO Vivo/a <input type="radio"/> Muerto/a <input checked="" type="radio"/> No ha tenido <input checked="" type="radio"/> otros/as hijos/as	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertos/as, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? SI <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 type="radio"/> Segundo <input checked="" type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>11</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O? SI <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"/> Seg. Popular / INSADI <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> eabj 9706272 IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es Primaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleado administrativo</u> 16.1 Trabajo actual/mente SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 17. EDAD DEL PADRE <u>31</u> Se ignora <input type="radio"/>	

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O Y DEL NACIMIENTO

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día <u>28</u> Mes <u>01</u> Año <u>2012</u> Horas <u>08</u> Minutos <u>52</u>		19. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	20. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> - Semanas
21. TALLA <u>149</u> Centímetros	22. PESO AL NACER <u>2810</u> Gramos	23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>09</u> 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) <u>10</u>	
24. TAMIZ AUDITIVO SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/> de _____ *Especifique: _____		
26. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> 25.2 Hepatitis B SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> 25.3 Vitamina A SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> 25.4 Vitamina K SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>			
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O a) <u>Ninguna aparente</u> b) _____			
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"/> BIENESTAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>Santana Maternidad de Nuestra Señora de Fátima</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>D F S M I P 0101234121</u> 28.3 Tiempo de traslado desde su hogar hasta el sitio de atención del parto Horas <u>00</u> Minutos <u>05</u> 28.4 Resolución del embarazo Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input checked="" type="radio"/> ¿Se usaron fórceps? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique: _____ 28.5 Tipo de parto Parto normal <input checked="" type="radio"/> Parto instrumental <input type="radio"/> Parto quirúrgico <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique: _____ 28.6 Tipo de parto Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro/a 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 31.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 31.2 Nombre de la vivienda <u>Oriente 168</u> 31.3 Núm. Ext. <u>134</u> 31.4 Núm. Int. _____ 31.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 31.6 Nombre del asentamiento humano <u>Moctezuma 2da sección</u> 31.7 Código Postal <u>06530</u> 31.8 Localidad <u>Venustiano Carranza</u> 31.9 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad de México</u> 31.10 Entidad federativa <u>Ciudad de México</u>			

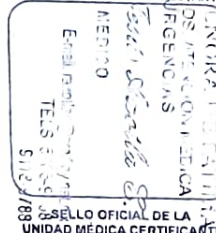
DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE Nombre(s) <u>Rafael de Jesús</u> Primer Apellido <u>Arzella</u> Segundo Apellido <u>Escalera</u>	
33. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro/a médico/a <input type="radio"/> Enfermero/a <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Parto normal <input type="radio"/> Parto instrumental <input type="radio"/> Parto quirúrgico <input type="radio"/> *Especifique: _____	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional <u>721740</u>	
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 Y TELÉFONO 36.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 36.2 Nombre de la vivienda <u>Oriente 168</u> 36.3 Núm. Ext. <u>134</u> 36.4 Núm. Int. _____ 36.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 36.6 Nombre del asentamiento humano <u>Moctezuma 2da sección</u> 36.7 Código Postal <u>06530</u> 36.8 Localidad <u>Venustiano Carranza</u> 36.9 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad de México</u> 36.10 Entidad federativa <u>Ciudad de México</u> 36.11 Teléfono <u>55 80 37 41 22 11</u>	
37. FIRMA <u>Rafael de Jesús</u>	38. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>28</u> Mes <u>01</u> Año <u>2012</u>

HUELLA DEL DEDO PULGAR  
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE



ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO. SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS.  
FOR NACIMIENTO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO 8VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMERA ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS.  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES  
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

030680453