

1. NOMBRE
2. LUGAR DE NACIMIENTO
3. FECHA DE NACIMIENTO
4. EDAD
5.1 ¿Se considera indígena?
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?
5.3 ¿Cual lengua indígena habla?
6. ESTADO CONYUGAL
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
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
7.6 Nombre del asentamiento humano
7.7 Código Postal
7.8 Localidad
7.9 Municipio o delegación
8. NÚMERO DE EMBARAZOS
9.1 Nacidos Muertos (as)
9.2 Nacidos Vivos (as)
9.3 Sobrevivientes
10. EL (LA) HIJO (A)
10.1 Vive aun
10.2 Muerto (a)
10.3 No ha tenido otros hijos (as)
11. ORDEN DEL NACIMIENTO
12. ATENCIÓN PRENATAL
12.1 Recibió atención?
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta
12.3 Total de consultas recibidas
13. VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
14.1 ISSSTE
14.2 SEDENA
14.3 SEMAR
14.4 IMSS
14.5 Ninguna
15. ESCOLARIDAD
15.1 La escolaridad seleccionada es
15.2 Bachillerato o preparatoria
15.3 Secundaria
15.4 Primaria
15.5 Ninguna
16. OCUPACIÓN HABITUAL
16.1 Trabajo actualmente
16.2 Se ignora
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
17.1 Fecha
17.2 Hora
17.3 Minutos
17.4 Segundos
18. SEXO
18.1 Hombre
18.2 Mujer
19. EDAD GESTACIONAL
19.1 Semanas
19.2 Días
20. TALLA
20.1 Centímetros
20.2 Pulgadas
21. PESO AL NACER
21.1 Gramos
21.2 Kilogramos
22.1 APGAR
22.2 SILVERMAN
22.3 TAMIZ AUDITIVO
23. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
23.1 Único
23.2 Gemelar
23.3 Tres o mas
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
24.1 BCG
24.2 Hepatitis B
24.3 (A) SI
24.4 (K) SI
24.5 No
25. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO
26. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
26.1 Eutócico
26.2 Distócico
26.3 No
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
27.1 IMSS
27.2 SEDENA
27.3 SEMAR
27.4 IMSS
27.5 Prospera
27.6 Otra unidad pública
27.7 Otra unidad privada
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
28.1 Médico
28.2 Enfermera
28.3 Gineco-obstetra
28.4 Otro especialista
28.5 Persona autorizada por la Secretaría de Salud
28.6 Otro
29. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
29.1 Tipo de vivienda
29.2 Nombre de la vivienda
29.3 Núm. Exterior
29.4 Núm. Interior
29.5 Código Postal
29.6 Localidad
29.7 Municipio o delegación
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
30.1 Tipo de vivienda
30.2 Nombre de la vivienda
30.3 Núm. Exterior
30.4 Núm. Interior
30.5 Código Postal
30.6 Localidad
30.7 Municipio o delegación
31. NOMBRE
31.1 Nombre (s)
31.2 Primer Apellido
31.3 Segundo Apellido
32. CERTIFICADO POR
32.1 Médico
32.2 Médico
32.3 Gineco-obstetra
32.4 Otro médico
32.5 Enfermera
32.6 Secretaria de Salud
32.7 Partera
32.8 Autoridad
32.9 Otro
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
33.1 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
35.1 Tipo de vivienda
35.2 Nombre de la vivienda
35.3 Núm. Exterior
35.4 Núm. Interior
35.5 Código Postal
35.6 Localidad
35.7 Municipio o delegación
36. FIRMA
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN
37.1 Día
37.2 Mes
37.3 Año
38. HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE
39. HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

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

024496568

FOLIO

