



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

FOLIO

024495768

1. NOMBRE <u>Ana Karen</u> <u>Paez</u> <u>Montes</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido				
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>PAM A 87 11 02 5 M D F Z N N 02</u> Se ignora <input type="radio"/>				
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Gustavo A. Madero</u> <u>Distrito Federal</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)				
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>25/10/1987</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>31</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 checked="" type="radio"/> Si <input 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>Avenida de los Angeles</u> <u>254</u> 7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior <u>Colonia Nueva España</u> <u>06620</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal <u>Azcapotzalco</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5551946890</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) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/>	10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" 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 Primer <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.3 Total de consultas recibidas <u>08</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"/> 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 Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>PAMA871025/20</u>		
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Secretaria</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"/>		

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>18/07/2019</u> <u>09:21</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>40</u> Semanas	
20. TALLA <u>52</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3405</u> Gramos	22.1 APGAR <u>07</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)	23. TAMIZ AUDITIVO <input checked="" type="radio"/> Si <input 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"/>		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 aparente</u> b) <u>Ninguna aparente</u>				
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> Si <input 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 checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital Regional 7° de Octubre <input type="radio"/> Via 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>Avenida Instituto Politécnico Nacional</u> <u>1669</u> 30.1 Tipo de vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior <u>Colonia Magdalena de las Salinas</u> <u>07760</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal <u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5555866011</u> 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa 30.11 Teléfono				

31. NOMBRE <u>María Guadalupe</u> <u>Palacios</u> <u>Carranco</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" 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>5118787</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>Avenida Instituto Politécnico Nacional</u> <u>1669</u> 35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior <u>Colonia Magdalena de las Salinas</u> <u>07760</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal <u>Gustavo A. Madero</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5555866011</u> 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono	
36. FIRMA	37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>18/07/2019</u> Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



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

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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

024495768