



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

HOJAS 2000
FOLIO

028627038

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE: **Noemé Galpea Rojas**
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): **GARI9011110MDFLJMO6**
2. LUGAR DE NACIMIENTO: **Guaymas A. Madero** (Municipio o Alcaldía) **Dpto. de Coahuila** (Entidad federativa o país) (si es extranjero)
3. FECHA DE NACIMIENTO: **11/01/1990** (Día Mes Año) 4. EDAD: **31** (Años) 5. CONDICIÓN INDÍGENA: 5.1 ¿Se considera indígena? **Si** ☐ **No** ☒ 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? **Si** ☐ **No** ☒ 5.3 Especificar: _____
6. SITUACIÓN CONYUGAL: 6.1 Soltero ☐ 6.2 En unión libre ☒ 6.3 Casado ☐ 6.4 Separado ☐ 6.5 Divorciado ☐ 6.6 Viudo ☐ 6.7 Se ignora ☐
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: 7.1 Tipo de vivienda: **Calle** 7.2 Nombre de la vivienda: **Manuel Gutierrez Nájera 12A** 7.3 Num. Ext.: **101** 7.4 Num. Int.: **colonia** 7.5 Tipo de asentamiento humano: **Urbano** 7.6 Nombre del asentamiento humano: **Coahuiltepec** 7.7 Código Postal: **06800** 7.8 Localidad: **Ciudad de México** 7.9 Municipio o Alcaldía: **Ciudad de México** 7.10 Entidad federativa: **5555** 7.11 Teléfono: **164790**
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): **1011** 8.1 Nacidos/as Muertos/as: **0101** 8.2 Nacidos/as Vivos/as: **0101** 8.3 Sobrevivientes: **0101** 10. LA (EL) HUA/O ANTERIOR NAC/O: 10.1 Vivilo ☐ 10.2 Muerto ☐ 10.3 No ha tenido ☒ 10.4 Otro: **0101** 11. ORDEN DEL NACIMIENTO: 11.1 Orden de nacimiento: **01** 11.2 Total de embarazos: **07**
12. ATENCIÓN PRENATAL: 12.1 ¿Recibió atención? **Si** ☒ **No** ☐ 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: **Primero** ☒ **Segundo** ☐ **Tercero** ☐ 12.3 Total de consultas recibidas: **07**
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? **Si** ☒ **No** ☐ 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ☐ ISSSTE ☒ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ ISSFAM ☐ Otro ☐ 14.1 Número de seguridad social o afiliación: **GARN901110**
15. ESCOLARIDAD: 15.1 Primaria ☐ 15.2 Técnico terminal con secundaria ☐ 15.3 Profesional ☒ 15.4 Posgrado ☐ 15.5 Incompleta ☐ 15.6 Interrumpió estudios por el embarazo? **Si** ☐ **No** ☒ 15.7 Ocupación habitual: **empleada de gobierno** 15.8 Trabajo actualmente: **Si** ☐ **No** ☒ 15.9 Edad del padre: **43**

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: **07/09/2021** **13:06** (Día Mes Año Horas Minutos) 19. SEXO: **Varón** ☐ **Mujer** ☒ 20. EDAD GESTACIONAL: **40** Semanas
21. TALLA: **151** Centímetros 22. PESO AL NACER: **3520** Gramos 23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS: 23.1 APGAR (A los 5 minutos): **09** 23.2 SILVERMAN (A los 15 minutos): **02** 24. TÁMEZ AUDITIVO: **Si** ☐ **No** ☒
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 25.1 BCG ☐ 25.2 Hepatitis B ☐ 25.3 Vitamina A ☐ 25.4 Vitamina K ☐ 26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: **Único** ☒ **Gemelar** ☐ **Tres o más** ☐
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O:
a) **ninguna aparente**
b) **ninguna aparente**
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: 28.1 Secretaría de Salud ☐ 28.2 ISSSTE ☒ 28.3 SEDENA ☐ 28.4 Bienestar ☐ 28.5 Otra unidad pública ☐ 28.6 Hospital Regional **1º de octubre** 28.7 Nombre de la unidad médica: **Dx 1570100090** 28.8 Unidad médica privada ☐ 28.9 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): **041570100090** 28.10 Tipo de atención: **Via pública** ☐ **Hogar** ☐ **Otro lugar** ☐ 28.11 Especificar: _____
29. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: **00:30** (Horas Minutos) 29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: 29.1 Eutócico ☐ 29.2 Distócico ☐ 29.3 Cesárea ☒ 29.4 De urgencia ☐
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: 30.1 Médico ☐ 30.2 Enfermera ☐ 30.3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 30.4 Partera ☐ 30.5 Otro/a ☐ 30.6 Especificar: _____
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: 31.1 Tipo de vivienda: **Avenida** 31.2 Nombre de la vivienda: **Instituto Politécnico Nacional 1669** 31.3 Num. Ext.: **1669** 31.4 Num. Int.: **colonia** 31.5 Tipo de asentamiento humano: **Urbano** 31.6 Nombre del asentamiento humano: **Magdalena de las Salinas** 31.7 Código Postal: **07760** 31.8 Localidad: **Ciudad de México** 31.9 Municipio o Alcaldía: **Guaymas A. Madero** 31.10 Entidad federativa: **5555**

32. NOMBRE: **Kathyra Marlin Aguilera Zacarias**
33. CERTIFICADO POR: 33.1 Médico/a pediatra ☐ 33.2 Médico/a Gineco-obstetra ☐ 33.3 Otro/a médico/a ☒ 33.4 Enfermera ☐ 33.5 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 33.6 Parto ☐ 33.7 Autoridad civil ☐ 33.8 Especificar: **Residente**
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD: Número de cédula profesional: **12194253**
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: **Avenida** 36.2 Nombre de la vivienda: **Instituto Politécnico Nacional 1669** 36.3 Num. Ext.: **1669** 36.4 Num. Int.: **colonia** 36.5 Tipo de asentamiento humano: **Magdalena de las Salinas** 36.6 Nombre del asentamiento humano: **07760** 36.7 Código Postal: **Ciudad de México** 36.8 Localidad: **Guaymas A. Madero** 36.9 Municipio o Alcaldía: **5555** 36.10 Entidad federativa: **8660111** 36.11 Teléfono: **07092021**
37. FIRMA: _____ 38. FECHA DE CERTIFICACIÓN: **07/09/2021** (Día Mes Año)

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE
FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE
SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

ENTREGAR A LA MADRE O GESTANTE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN EL REGISTRO