



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

Modelo 2017

FOLIO

022308856

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

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE <u>Maria de Lourdes Ramirez Perez</u>		2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Ciudad de Mexico</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)		2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>05/06/1991</u>	4. EDAD <u>26</u>	5.1 ¿Se considera indígena? <u>No</u>	5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <u>No</u>
6. ESTADO CONYUGAL <u>Casada</u>		5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Calle Tuzan manzana 40 lote 4 Barrio Pescadores</u>		7.7 Código Postal <u>56334</u>	
7.8 Localidad <u>Chimalhuacán</u>		7.9 Municipio o delegación <u>Estado México</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>01</u>		9. NÚMERO DE HIJOS (AS) <u>00</u>	
9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u>		9.2 Nacidos Vivos (as) <u>01</u>	
9.3 Sobrevivientes <u>01</u>		10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO <u>No ha tenido otros hijos (as)</u>	
12. ATENCIÓN PRENATAL <u>Si</u>		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <u>Primero</u>	
12.1 ¿Recibió atención? <u>Si</u>		12.3 Total de consultas recibidas <u>07</u>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <u>Si</u>		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>ISSSTE</u>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>RAPL 910605/2</u>	
15. ESCOLARIDAD <u>Primaria</u>		15.1 La escolaridad seleccionada es <u>Completa</u>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Secretaria</u>		16.1 Trabaja actualmente <u>Si</u>	

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>29/09/2017 11:00</u>		18. SEXO <u>Hombre</u>		19. EDAD GESTACIONAL <u>40</u> Semanas	
20. TALLA <u>51</u> Centímetros		21. PESO AL NACER <u>3030</u> Gramos		22. APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)	
22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)		22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)		23. TAMIZ AUDITIVO <u>No</u>	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS <u>BCG</u>		24.1 BCG <u>Si</u>		24.2 Hepatitis B <u>Si</u>	
24.3 (A) <u>Si</u>		24.4 (K) <u>Si</u>		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO <u>Único</u>	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO <u>aparente ninguna</u>		CÓDIGO CIE		27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO <u>Eutócico</u>	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO <u>Eutócico</u>		28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>Regional Zaragoza</u>		28.1 Nombre de la unidad médica <u>DFIST000160</u>	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>Secretaría de Salud</u>		28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO <u>Médico</u>	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO <u>Médico</u>		30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Calzada Ignacio Zaragoza</u>		30.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u>	
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Calzada Ignacio Zaragoza</u>		30.2 Nombre de la vivienda <u>Ejército Constitucionalista</u>		30.3 Núm. Exterior <u>09220</u>	
30.3 Núm. Exterior <u>09220</u>		30.4 Núm. Interior		30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Etapa Calapala</u>	
30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Etapa Calapala</u>		30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad México</u>		30.7 Código Postal <u>56165200</u>	
30.7 Código Postal <u>56165200</u>		30.8 Localidad		30.9 Municipio o delegación	
30.9 Municipio o delegación		30.10 Entidad federativa		30.11 Teléfono	

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE <u>Maria Elena Rodriguez Altamirano</u>		32. CERTIFICADO POR <u>Médico</u>	
31. NOMBRE <u>Maria Elena Rodriguez Altamirano</u>		32. CERTIFICADO POR <u>Médico</u>	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>Si</u>		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>Si</u>		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calzada Ignacio Zaragoza</u>		35.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calzada Ignacio Zaragoza</u>		35.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u>	
35.2 Nombre de la vivienda <u>Ejército Constitucionalista</u>		35.3 Núm. Exterior <u>09220</u>	
35.2 Nombre de la vivienda <u>Ejército Constitucionalista</u>		35.3 Núm. Exterior <u>09220</u>	
35.4 Núm. Interior		35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Etapa Calapala</u>	
35.4 Núm. Interior		35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Etapa Calapala</u>	
35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad México</u>		35.7 Código Postal <u>56165200</u>	
35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad México</u>		35.7 Código Postal <u>56165200</u>	
35.8 Localidad		35.9 Municipio o delegación	
35.8 Localidad		35.9 Municipio o delegación	
35.10 Entidad federativa		35.11 Teléfono	
35.10 Entidad federativa		35.11 Teléfono	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>29/09/2017</u>	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>29/09/2017</u>	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



022308856