



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

Modelo 2020
FOLIO
028613821

DATOS DE LA (DEL) PACIENTE/O VIVA/O Y DEL NACIMIENTO

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		13/05/2021		15:50		19. SEXO		20. EDAD GESTACIONAL		39	
21. TALLA		155 Centímetros		22. PESO AL NACER		3530 Gramos		23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS		24. TAMIZ AUDITIVO	
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	
		SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>	
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O		Ninguna aparente.									
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO		Secretaría <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad <input type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica pública <input type="radio"/> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) privada <input type="radio"/>									
28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO		Horas		Minutos		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO		29.1 Enticicio <input checked="" type="radio"/> 29.2 Distócico <input type="radio"/> 29.3 Se usaron fórceps? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		29.4 Cesárea <input type="radio"/> 29.5 De urgencia <input type="radio"/>	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO		Médico <input checked="" type="radio"/> Enfermero <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 30.1 Parto <input type="radio"/> 30.2 Otro* <input type="radio"/> 30.3 *Especifique: _____									
Especifique tipo de médico		Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro especialista* <input type="radio"/> 30.4 Residente <input type="radio"/> 30.5 General <input type="radio"/> 30.6 MPSS <input type="radio"/> 30.7 MIP <input type="radio"/> 30.8 *Especifique: _____									
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO		31.1 Tipo de vivienda <input type="radio"/> 31.2 Nombre de la vivienda <input type="radio"/> 31.3 Núm. Ext. <input type="radio"/> 31.4 Núm. Int. <input type="radio"/> 31.5 Tipo de asentamiento humano <input type="radio"/>									
31.6 Nombre del asentamiento humano		Belicasta									
31.7 Código Postal		19111416									
31.8 Localidad		Cacaca de Méjico									
31.9 Municipio o Alcaldía		Cacaca de Méjico									
31.10 Entidad Federativa		Colima									

CODIFICACIÓN del personal del personal codificado

32. NOMBRE Clarita Jimenez Patino
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido

33. CERTIFICADO POR Medicador 1 Medicador Gineco-obstetra 07 Otro/a medicador/a 02 Enfermero/a 03 Persona autorizada por la
Medicador pediatria 01 Autoregistrado 06 Especialista 04 Secretaria de Salud 04

34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Numero de cédula profesional 4371871

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 Calle

36.2 Nombre de la vivienda Felipe Angeles

36.3 Núm. Ext. 170

36.4 Núm. Int.


36.5 Tipo de asentamiento humano Colono

36.6 Nombre del asentamiento humano Pelacasto

36.7 Código Postal 201140

36.8 Localidad Ciudad de México

36.9 Municipio o Alcaldía Ayuntamiento de Miguel Alemán



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

REDAID BUREAU ON
REDAID BUREAU ON