



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

FOLIO

017575691

SE RECOMIENDA INSISTIR EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRIMEROS 30 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

1 NOMBRE: Irais Nayibe Rojas Sanchez
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): _____ Se ignora ☐

2 LUGAR DE NACIMIENTO: Gustavo A. Madero Distrito Federal
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3 FECHA DE NACIMIENTO: 09/07/1995
Día Mes Año

4 ESTADO CONYUGAL: En unión libre ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Soltera ☒ Casada ☐ Se ignora ☐

5 RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: Calle 1551 número 56 Unidad Habitacional San Juan de Aragón
5.1 Calle y número 5.2 Colonia 5.3 Localidad
Gustavo A. Madero Distrito Federal
5.4 Municipio o delegación 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) 5.6 Teléfono

6 NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): 01 Se ignora ☐

7 NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS): 00 Se ignora ☐

8 NÚMERO DE HIJOS (AS): 8.1 Nacidos (as) vivos (as) 01 Se ignora ☐ (incluye el actual) 8.2 Sobrevivientes 01 Se ignora ☐

9 EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ: Vivo (a) ☐ Muerto (a) ☐ No ha tenido otros hijos (as) ☒ Se ignora ☐

10 ORDEN DEL NACIMIENTO (considerar vivos, muertos, múltiples): 01 Se ignora ☐

11 ATENCIÓN PRENATAL: 11.1 ¿Recibió atención? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primer trimestre ☒ Segundo trimestre ☐ Tercer trimestre ☐ Se ignora ☐

12 ¿VIVE LA MADRE?: ☒ Sí ☐ No ☐ 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____

13 AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Seguro Popular ☒ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐

14 ESCOLARIDAD: Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Profesional ☒ Posgrado ☐ Se ignora ☐

15 OCUPACIÓN HABITUAL: Estudiante Se ignora ☐ 15.1 Trabaja actualmente: ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16 FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 06/10/2015 14:21
Día Mes Año Hora Minutos

17 SEXO: Hombre ☒ Mujer ☐

18 EDAD GESTACIONAL: 38 Semanas

19 TALLA: 44 Centímetros

20 PESO AL NACER: 2650 Gramos

21 APGAR (a los cinco minutos): 09

22 SILVERMAN (a los cinco minutos): 00

22.1 APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 22.1 BCG ☒ 22.2 Hepatitis B ☒ 22.3 (A) ☒ 22.4 (K) ☒ Vitamina K ☒ 23.1 Tamiz Neonatal: 23.1 Metabólicos ☒ 23.2 Auditivo ☒ 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Único ☒ Gemelar ☐ Tres o más ☐

25 ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: Ninguna Aparente CLAVE CIE: _____

26 PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: Parto normal ☒ Cesárea ☐ Forpex ☐ Otro ☐ Especifique: _____

27 SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ SEDENA ☐ Oportunidades ☐ Otra unidad pública ☐ Hospital General Ticomán ☐ Via pública ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ 27.1 Número de la unidad médica: D.F.S.S.A.000.864 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____

28 PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico ☒ Enfermera ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Partera ☐ Otro ☐ Especifique: _____

29 DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: Playa de San Luis sin número Ticomán Gustavo A. Madero Distrito Federal
29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad 29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

30 NOMBRE: Alicia Ueler Orasco
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

31 CERTIFICADO POR: Médico pediatra ☒ Médico gineco-obstetra ☐ Otro médico ☐ Enfermera ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Partera ☐ Autoridad civil ☐ Especifique: _____

32 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 1530335 Número de cédula profesional

33 SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?: 33.1 Nombre de la unidad médica: _____ 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____

34 DOMICILIO Y TELÉFONO: Playa de San Luis sin número Ticomán Gustavo A. Madero Distrito Federal 5754 3344
34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad 34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa 34.6 Teléfono

35 FIRMA: [Firma]

36 FECHA DE CERTIFICACIÓN: 06/10/2015
Día Mes Año



FIRMA DE LA MADRE



ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIA DE REGISTRO CIVIL