



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

026634628

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 GOBIERNAMENTAL,
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

1. NOMBRE <u>Daniel</u> <u>Reyes</u> <u>Martínez</u> Nombre (A) Primer Apellido Segundo Apellido		
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>REMIDI97101531IMDFYBIN017</u> Se ignora 099		
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Tlahuac</u> <u>Distrito Federal</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)		
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>3/10/99</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>23</u> Años	5.1 ¿Se considera indígena? Sí 01 No 02 Se ignora 099 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Sí 01 No 02 Se ignora 099 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre 015 Separado 016 Divorciado 013 Viuda 014 Soltero 012 Casado 011 Se ignora 099		
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Calle</u> <u>Toltecas</u> <u>M2 F</u> <u>LT16</u> 7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> <u>San Lorenzo</u> <u>099010</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal <u>Iztapalapa</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5510114381</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 099 9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>01</u> Se ignora 099 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>01</u> Se ignora 099 9.3 Sobrevivientes <u>01</u> Se ignora 099		
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACÍO Vivo (a) 01 → (B) Vive aún 01 Muerto (a) 02 No ha tenido otros hijos (as) 01 Se ignora 099		
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>01</u> Se ignora 099		
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Sí 01 No 02 Se ignora 099 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero 01 Segundo 02 Tercero 03 Se ignora 099 12.3 Total de consultas recibidas <u>108</u> Se ignora 099		
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Sí 01 No 02 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Prospera 010 Se ignora 099 <u>REMD 970531/20</u> 14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 07 Profesional 08 Posgrado 010 Se ignora 099 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa 01 Incompleta 02		
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleada</u> Se ignora 099 16.1 Trabaja actualmente Sí 01 No 02 Se ignora 099		

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>22/04/2021</u> <u>13:38</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre 01 Mujer 02	19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas
20. TALLA <u>48</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3110</u> Gramos	22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO Sí 01 No 02		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único 01 Gemelar 02 Triso o más 03	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Sí 01 No 02 24.2 Hepatitis B Sí 01 No 02 24.3 (A) Sí 01 No 02 24.4 (B) Sí 01 No 02 Vitaminas			
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna aparente</u> b)			
26. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico 01 Distócico 02 → ¿Se usaron fórceps? Sí 01 No 02 Cesárea 02 Otro 03 → Especifique			
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud 01 ISSSTE 02 SEDENA 03 Hospital 04 IMSS 05 PEMEX 06 SEMAR 07 Unidad médica pública 08 Unidad médica privada 09 <u>Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos</u> 27.1 Nombre de la unidad médica 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>D1111000201</u>			
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico 01 Gineco-obstetra 02 Otro especialista 03 Residente 04 General 05 MPSS 06 MP 07 Enfermera 08 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 09 <u>Universidad</u> 30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la vivienda 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> <u>Florida</u> <u>011030</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal <u>Alvaro Obregón</u> <u>Ciudad de México</u> <u>555322300</u> 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa			

31. NOMBRE <u>Miguel</u> <u>Angel</u> <u>Peláez</u> Nombre (A) Primer Apellido Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra 01 Médico gineco-obstetra 02 Otro médico 03 Enfermera 04 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 05 Partera 06 Autoridad civil 07 *Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>11107744</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 <u>Universidad</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1321</u> 34.3 Núm. Exterior 34.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> <u>Florida</u> <u>011030</u> 34.5 Tipo de asentamiento humano 34.6 Nombre del asentamiento humano 34.7 Código Postal <u>Alvaro Obregón</u> <u>Ciudad de México</u> <u>555322300</u> 34.8 Localidad 34.9 Municipio o delegación 34.10 Entidad federativa	
35. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>22/04/2021</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO		HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE	
FIRMA DE LA MADRE		FIRMA DE LA MADRE	



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