



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015  
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

026426103

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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

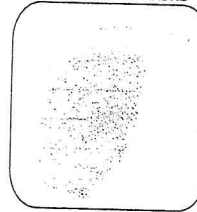
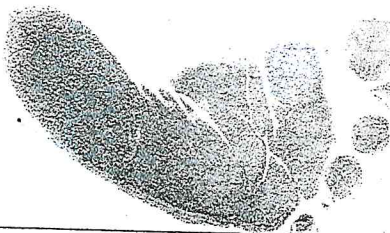
1. NOMBRE Nombre (s) <u>Claudio Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Arcinb</u> Segundo Apellido <u>González</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>A1A6IC87112109MIC81N1017</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Pichucalco</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Chiapas</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>10/9/12</u>	4. EDAD Años <u>3.9</u>
5.1 ¿Se considera indígena? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Hablaba alguna lengua indígena? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Francisco Contreras</u> 7.3 Núm. Exterior <u>112</u> 7.4 Núm. Interior <u>SN</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>centro</u> 7.7 Código Postal <u>Pichucalco</u> 7.8 Localidad <u>Pichucalco</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Chiapas</u> 7.10 Entidad federativa <u>Chiapas</u> 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 8.1 Nacidos Muertos (as) <u>010</u> Se ignora <input type="radio"/>	
8.2 Nacidos Vivos (as) <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/>	
8.3 Sobrevivientes <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/>	
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12.3 Total de consultas recibidas <u>019</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Directora de escuela</u> Se ignora <input type="radio"/>	
16.1 Trabaja actualmente SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día Mes Año Hora Minutos <u>11/3/08 21:01:19</u>	
18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	
19. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas	
20. TALLA <u>52</u> Centímetros	
21. PESO AL NACER <u>4.250</u> Gramos	
22.1 APGAR <u>10</u> (A los 5 minutos)	
22.2 SILVERMAN <u>011</u> (A los 5 minutos)	
23. TAMIZ AUDITIVO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.2 Hepatitis B SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.3 (A) SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.4 (K) SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) b) CÓDIGO DE Usar una de las partes del certificado	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: <u>Cirujano</u>	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Hospital General Pichucalco 28.1 Nombre de la unidad médica IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro especialista* <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de vivienda <u>Avenida</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Ponciano Rojas</u> 30.3 Núm. Exterior <u>SN</u> 30.4 Núm. Interior <u>SN</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Las Palmeras</u> 30.7 Código Postal <u>2915210</u> 30.8 Localidad <u>Pichucalco</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Chiapas</u> 30.10 Entidad federativa <u>Chiapas</u>	

31. NOMBRE Nombre (s) <u>Pascual</u> Primer Apellido <u>Vázquez</u> Segundo Apellido <u>Santos</u>	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Especifique:	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>0624953</u>	
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica <u>Ponciano Rojas</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SN</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Avenida</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Las Palmeras</u> 35.3 Núm. Exterior <u>SN</u> 35.4 Núm. Interior <u>SN</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Las Palmeras</u> 35.7 Código Postal <u>2915210</u> 35.8 Localidad <u>Pichucalco</u> 35.9 Municipio o delegación <u>Chiapas</u> 35.10 Entidad federativa <u>Chiapas</u> 35.11 Teléfono	
36. FIRMA	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>11/3/08 21:01:19</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



ENTREGAR A LA MADRE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE