



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2017
FOLIO

022333428

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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE <u>Yazmin</u> <u>Nieves</u> <u>Epitacio</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>N I E Y 8 9 0 5 0 8 M M C V P Z 0 1</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Naucaipan de Juárez</u> <u>Estado de México</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>08.05.1989</u>	4. EDAD <u>29</u>
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> 1 Si <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> 1 Si <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora	
5.3 ¿En qué lengua indígena habla? <input type="radio"/> 1 Si <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora	
6. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> 1 En unión libre <input type="radio"/> 2 Separada <input type="radio"/> 3 Divorciada <input type="radio"/> 4 Viuda <input type="radio"/> 5 Soltera <input checked="" type="radio"/> 6 Casada <input type="radio"/> 7 Se ignora	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELEFONO <u>Avenida</u> <u>Circuito 26</u> <u>2</u> <u>Colonia</u> <u>Las Fuentes Ecatepec</u> 7.1 Tipo de vía pública 7.2 Nombre de la vía pública 7.3 Num. Exterior 7.4 Num. Interior	
7.5 Localidad <u>Ecatepec</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Estado de México</u> 7.7 Código Postal <u>55400</u>	
7.8 Localidad <u>Ecatepec</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Estado de México</u> 7.10 Entidad federativa <u>55400</u> 7.11 Telefono	
8. NUMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u>	9. NUMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> 1 Muerto (a) <input type="radio"/> 2 No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
12. ATENCION PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora	
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	
12.3 Total de consultas recibidas <u>07</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora	
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 IMSS <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS Prospera <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 2 Secundaria <input type="radio"/> 3 Superior <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15.1 La escolaridad seleccionada es <input checked="" type="radio"/> 1 Completa <input type="radio"/> 2 Incompleta	
16. OCUPACION HABITUAL <u>Enfermera</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora	

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>26.07.2018</u> <u>12.46</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas
20. TALLA <u>49</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3.280</u> Gramos	22. APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o mas <input type="radio"/> 3	
24. APLICACION DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24.3 (A) Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24.4 (K) Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o mas <input type="radio"/> 3	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna aparente</u> b) <u></u>			
27. RESOLUCION DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 2 Cesárea <input checked="" type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 ¿Se usaron forceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Especifique: <u></u>			
28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Hospital General Balbuena <input type="radio"/> 7 Via pública <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12 Otro lugar <input type="radio"/> 13			
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro especialista* <input type="radio"/> 12 Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique: <u></u>			
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Calle</u> <u>Cecilio Robelo y Sur No. 103</u> <u>S/N</u> <u>Colonia</u> <u>Aeronautica Militar</u> <u>15900</u> <u>Venustiano Carranza</u> <u>Ciudad de México</u> 30.1 Tipo de vía pública 30.2 Nombre de la vía pública 30.3 Num. Exterior 30.4 Num. Interior 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa			

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE <u>Hugo</u> <u>Alvarado</u> <u>Alfonso</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> 1 Médico Gineco-obstetra <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Enfermera <input type="radio"/> 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 5 Partera <input type="radio"/> 6 Autoridad civil* <input type="radio"/> 7 *Especifique: <u></u>			
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1367693</u> Número de cédula profesional		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONO EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica <u></u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u></u>	
35. DOMICILIO Y TELEFONO <u>Calle</u> <u>Cecilio Robelo y Sur No. 103</u> <u>S/N</u> <u>Colonia</u> <u>Aeronautica Militar</u> <u>15900</u> <u>Venustiano Carranza</u> <u>Ciudad de México</u> 35.1 Tipo de vía pública 35.2 Nombre de la vía pública 35.3 Num. Exterior 35.4 Num. Interior 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Telefono			
36. FIRMA <u></u>		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>27.07.2018</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

