



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2010

FOLIO

015647803

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 Nombre(s) <u>Valeria</u> Apellido paterno <u>Perez</u> Apellido materno <u>Chimal</u> | |
| 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>P E C V 8 4 0 9 1 9 M D F R 1 4 4 0 9</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Alvaro Obregón</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Distrito Federal</u> | |
| 3. FECHA DE NACIMIENTO <u>19091984</u> Día Mes Año | 4. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 15 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input type="radio"/> 12 Casada <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 5.1 Calle y número <u>Oriente 109 #12</u> 5.2 Colonia <u>Cuchilla Ramas Millan</u> 5.3 Localidad <u>Iztacalco</u> 5.4 Municipio o delegación <u>Distrito Federal</u> 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>México</u> 5.6 Teléfono <u>65468968</u> | |
| 6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos(as) vivos(as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 (incluye el actual) 8.2 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo(a) <input checked="" type="radio"/> 1 → 9.1 Vive aún <input checked="" type="radio"/> 1 9.2 Fecha de nacimiento del hijo(a) del embarazo anterior <u>23/11/2005</u> Muerto(a) <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 2 No ha tenido otros hijos(as) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <input checked="" type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 11.3 Total de consultas recibidas <u>09</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 12. ¿VIVE LA MADRE? <input checked="" type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>PECV840919-20</u> | |
| 14. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 6 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10 | |
| 15. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleada</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No Se ignora <input type="radio"/> 9 | |

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|
| 16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>11/07/2015 12:08</u> Día Mes Año Hora Minutos | | 17. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 | 18. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas |
| 19. TALLA <u>47</u> Centímetros | 20. PESO AL NACER <u>3000</u> Gramos | 21. APGAR (a los cinco minutos) <u>09</u> | 22. SILVERMAN (a los cinco minutos) <u>00</u> |
| 22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.2 Hepatitis B <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.3 (A) <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.4 (K) <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Vitaminas <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | 23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 23.2 Auditivo <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | |
| 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO <input checked="" type="radio"/> 1 Único <input type="radio"/> 2 Gemelar <input type="radio"/> 3 Tres o más | | | |
| 25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO <u>Ninguna</u> CLAVE CIE | | | |
| 26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input type="radio"/> 1 Cesárea <input checked="" type="radio"/> 2 Fórceps <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique | | | |
| 27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 Oportunidades <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 | | 27.1 Nombre de la unidad médica <u>Adolfo López Mateos</u> Vía pública <input type="radio"/> 11 <u>DF 157000201</u> Hogar <input type="radio"/> 12 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>DF 157000201</u> Otro lugar <input type="radio"/> 13 | |
| 28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 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 | | | |
| 29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Avenida Universidad 1321</u> <u>Florida</u> 29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad <u>Distrito Federal</u> <u>Alvaro Obregón</u> 29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa | | | |

DATOS DEL CERTIFICANTE

| | |
|---|--|
| 30. NOMBRE Nombre(s) <u>Jorge</u> Apellido paterno <u>Zúñiga</u> Apellido materno <u>Illescas</u> | |
| 31. CERTIFICADO POR Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico <input type="radio"/> 2 Enfermera <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Partera <input type="radio"/> 5 Autoridad civil <input type="radio"/> 6 Especifique | |
| 32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1474645</u> Número de cédula profesional | 33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL 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 <u>Avenida Universidad 1321</u> <u>Florida</u> 34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad | |