



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015  
FOLIO

026605929

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 POSIÓN DE LOS PARTICULARES.

## DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE Nombre(s) <u>Susan</u> Primer Apellido <u>Mentado</u> Segundo Apellido <u>Pérez</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>MEPS830226MDFNRS07</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Iztacalco</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Ciudad de México</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>26</u> Mes <u>02</u> Año <u>1983</u>	4. EDAD Años <u>37</u>
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? <input type="radio"/>	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Edificio Jenner</u> 7.3 Núm. Exterior <u>26</u> 7.4 Núm. Interior <u>08760</u>	
7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Pico Impi</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 7.7 Código Postal <u>0556490064</u> 7.8 Localidad <u>Iztacalco</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 7.10 Entidad federativa <u>CDMX</u> 7.11 Teléfono <u>0556490064</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> SI <input 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>08</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción <input type="text"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Docente</u> 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

## DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día <u>31</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u> Hora <u>01</u> Minutos <u>57</u>	
20. TALLA <u>47</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>2950</u> Gramos
22. APGAR (A los 5 minutos) <u>09</u>	
23. SILVERMAN (A los 5 minutos) <u>00</u>	
24.1 BCG <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.2 Hepatitis B <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.3 (A) <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.4 (K) <input type="radio"/> 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) <u>Ninguna</u> b) <u>Aparente</u>	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <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"/>	
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de vivienda <u>Avenida</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Revolución</u> 30.3 Núm. Exterior <u>1182</u> 30.4 Núm. Interior <u>03990</u>	
30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>San José Insurgentes</u> 30.7 Código Postal <u>06390</u> 30.8 Localidad <u>Benito Juárez</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 30.10 Entidad federativa <u>CDMX</u>	

## DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE Nombre(s) <u>Alicia</u> Primer Apellido <u>García</u> Segundo Apellido <u>Ramírez</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 <input type="text"/>	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>1869881</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>Revolución</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1182</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Avenida</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>San José Insurgentes</u> 35.3 Núm. Exterior <u>1182</u> 35.4 Núm. Interior <u>03990</u>	
35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Benito Juárez</u> 35.7 Código Postal <u>06390</u> 35.8 Localidad <u>Benito Juárez</u> 35.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 35.10 Entidad federativa <u>CDMX</u> 35.11 Teléfono <u>055935390</u>	
36. FIRMA	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>31/11/2020</u>	

HUELLA DEL DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

HOSPITAL GENERAL  
COORDINACIÓN DE  
ASISTENTES DE LA DIRECCIÓN  
DR. DARIO FERNÁNDEZ FIERRO  
OFICIAL DE  
UNIDAD MÉDICA CERTIFICACIÓN

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