

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE		Nombre(s) <u>Mirreya Del Rocio Pérez</u>		Primer Apellido		Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)							
2. LUGAR DE NACIMIENTO		Ciudad de México Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>					
3. FECHA DE NACIMIENTO		4. EDAD		5.1 ¿Se considera indígena?		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?	
10/11/1985 Día Mes Año		31 Años		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ESTADO CONYUGAL		En unión libre <input checked="" type="radio"/>		Separada <input type="radio"/>		Divorciada <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		Calle Sur 145		2 Número de la vivienda		7.3 Num. Exterior	
Colonica Ramas Mellan		Iztacalco Ciudad México		7.6 Nombre del asentamiento humano		7.7 Código Postal	
7.5 Tipo de asentamiento humano		7.9 Municipio o delegación		7.10 Entidad federativa		7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		9. NÚMERO DE HIJOS (AS)		10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACÍO		11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples)	
02 Se ignora <input type="radio"/>		09 Nacidos Muertos (as) Se ignora <input type="radio"/> 02 Nacidos Vivos (as) Se ignora <input type="radio"/> 02 Sobrevivientes Se ignora <input type="radio"/>		Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> → Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/>		10.1 Vive aún <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 02 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		12.3 Total de consultas recibidas	
				Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14 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"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		RIPMO SIIIO/2		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <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		Auxiliar Administrativo		Se ignora <input type="radio"/>		16.1 Trabaja actualmente 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 Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		19. EDAD GESTACIONAL 39 Semanas	
20. TALLA 51 Centímetros		21. PESO AL NACER 3385 Gramos		22. APGAR 09 (A los 5 minutos)	
				22.2 SILVERMAN 00 (A los 5 minutos)	
				23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS				25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO	
24.1 BCG Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.3 (A) Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.4 (K) Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>				Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO				CÓDIGO CIE	
a) aparente ninguna				<div></div> <div></div> <div></div>	
b)				Uso exclusivo del personal codificador	
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:					
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Regional Zaragoza DFIST000160					
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)					
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO					
Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro especialista* <input type="radio"/> Residente <input checked="" 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"/> *Especifique:					
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO					
Calzada Ignacio Zaragoza 30.1 Tipo de vialidad					
Colonia 30.2 Nombre de la localidad					
30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior					
30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Localidad					
30.7 Código Postal 30.8 Entidad federativa					

DATOS DEL CERTIFICANTE

DATOS DEL CERTIFICANTE	31. NOMBRE	María Elena Rodríguez Nombre (s) Primer Apellido		A Hambrano Segundo Apellido	
	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	34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA			
	35. DOMICILIO Y TELÉFONO Calzada Ignacio Zaragoza Colonia Ejercito Constitucionalista Izapa, Oaxaca 35.5 Tipo de asentamiento humano	35.2 Nombre de la unidad médica 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Núm. Exterior 35.8 Núm. Interior 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono		36. FIRMA [Firma]	
	37. FECHA DE CERTIFICACIÓN	15/09/2017 Día Mes Año		38. FOLIO DEL DEDO PULGAR	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

1985TE
HOSP. REG.
GRAL. I. ZARAGOZA

15 AGO 2017

022278502