

ENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO IV). LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

1. NOMBRE <u>Barbara</u> <small>Nombre (s)</small>		<u>Tenesea</u> <small>Primer Apellido</small>		<u>Ortiz</u> <small>Segundo Apellido</small>	
5.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)		<u>F10101B1914111210141M1D1F1N1311210181</u>			
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Aguahtemec</u> <small>2.1 Municipio o Alcaldía</small>		<u>Ciudad de México</u> <small>2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)</small>			
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>04/12/1984</u> <small>Día Mes Año</small>	4. EDAD <u>31</u> <small>Años</small>	5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Es indígena originario? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especificar _____	
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Calle <u>Zacatepec</u> <u>139</u> Colonia <u>Colonia</u> 7.1 Tipo de vivienda 7.2 Número de la vivienda 7.3 Núm. Ext. 7.4 Núm. Int. 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal 7.8 Localidad 7.9 Municipio o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono <u>Aguahtemec</u> <u>06350</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5332712738</u>			
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) <u>103</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. NÚMERO DE HIJOS (Incluye el actual) 9.1 Nacidos Muertos <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Subterfuegos <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>		10. LA (EL) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ Vivo <input type="radio"/> Muerto <input checked="" type="radio"/> No ha tenido <input type="radio"/> 10.1 Vive con <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (Considera vivientes, muertos, múltiples) <u>013</u> Se ignora <input type="radio"/>		12.3 Total de consultas recibidas <u>210</u> Se ignora <input type="radio"/>			
13. 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"/>		13.2 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción			
14. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA(O) VIVO(A)? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		14.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción			
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Bienestar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.2 Número de seguridad social o afiliación <u>80158479331</u>			
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Técnico terminal o secundaria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/>		15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Señalada Pública</u>		16.1 Trabajo actualmente Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		17. EDAD DEL PADRE <u>45</u>	

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 11/01/02 11:02		19. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	20. EDAD GESTACIONAL 37 Semanas
21. TALLA 1.18	22. PESO AL NACER 3.100	23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) 10	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	25.1 BCG SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	25.2 Hepatitis B SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	25.3 Vitamina A SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
25.4 Vitamina K SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>	26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>		24. TAMIZ AUDITIVO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/A Ninguna aparente			
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Hospital HB6		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> ¿Se usaron fórceps? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO 00:45		28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUSES) MCHB000495	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> Enfermera/o <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Calle Cristóbal Colón 66	
31.1 Tipo de vivienda Lomas Verdes		31.2 Nombre de la vivienda Nauacalpan de Juárez	
31.3 Nombre del asentamiento humano Nauacalpan de Juárez		31.4 Tipo de asentamiento humano Colonias	
31.5 Municipio de Asentamiento		31.6 Localidad	
31.7 Código Postal 531209		31.8 Entidad Federativa Estado de México	
32. NOMBRE Marisol Figueroa			

32. NOMBRE Marisol Flores Martinez
Nombre (a) Primer Apellido Segundo Apellido

33. CERTIFICADO POR
Médico pediatra ☒ Médico Generalista ☐ Cirujano médico* ☐ Enfermero ☐
Parto ☒ Autoridad civil* ☐ *Especifique _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04

34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional 3654306

35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
35.1 Nombre de la unidad médica _____ 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____

36. DOMICILIO Y TELÉFONO
36.1 Tipo de vivienda Avenida 36.2 Nombre de la vivienda Cristobal Colon 36.3 Núm. Ext. 66 36.4 Núm. Int. _____
36.5 Tipo de asentamiento humano Colon 36.6 Nombre del asentamiento humano Lomas Verdes 36.7 Código Postal 53120
36.8 Localidad Naucalpan de Juárez 36.9 Municipio o Alcaldía Naucalpan de Juárez
36.10 Entidad federativa Estado de Mexico 36.11 Teléfono 5553437003

37. FIRMA [Firma]

38. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/09/2021
Día Mes Año

ENTREGAR A LA MADRE O GESTANTE PARA EL TRÁMITE DE LA ACTA DE NACIMIENTO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

FIRMA DE LA MADRE O DESTATARIO

SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MEDICA CERTIFICANTE

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE MADRE O GESTANTE INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTE O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y la identidad madre o gestante-hijo.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o la constancia de vecindad.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo/a nacido/a vivo/a en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la nacida/o vivo/a después del parto, cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- El Certificado de Nacimiento por cada nacido/a vivo/a, elabora tanto el certificado como el acta de nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o gestante con la instrucción de llevarlo al Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento, dentro de los 60 días posteriores al parto.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica, consulte la historia clínica de la madre o gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado.
- Escritas con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los datos sean llenados utilizando el mismo método. No use abreviaturas.
- En caso del llenado a mano, escritas sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras; para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusión deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
- Sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla: Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X", en el caso de cas, llene con "nuevos" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0,1,2...9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato **DD/MM/AAAA**, completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 05 de mayo de 2020) en el formato **05/05/2020**.
- Para las preguntas con opciones que tengan * * * (asterisco), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote tipo de vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Pastoral, Boulevard), nombre de la vivienda, NÚM. exterior (ej. 980) e interior (ej. 21, 2A, G5), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Pueblo, Unidad Habitacional), nombre del asentamiento, código postal (ej. 06100), Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pulgar derecho de la madre o gestante, en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo, en caso de fallecimiento, escribir "DECESO".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o gestante sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido, tal cual aparezca en la identificación oficial. En la pregunta 1.1 CURP, agote los recursos disponibles para obtenerla.
- LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del Municipio o Alcaldía y de la Entidad Federativa donde nació la madre o gestante. Si nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta 1.2 y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad Federativa".
- EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre o gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o gestante y la fecha de nacimiento de la nacida/o vivo/a.
- EN 5.1** marque si la madre o gestante se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre o gestante habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo especifique la lengua.
- RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante y el teléfono donde se la pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la madre o gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, nacidos vivos, nacidos muertos (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir este último embarazo.
- NÚMERO DE HIJOS/VIVOS.** Anote en 9.1 el total de hijos/as nacidos/as vivos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, madre o gestante, no ha tenido hijos/as nacidos/as muertos/as, anote **0**. En 9.2 el total de hijos/as nacidos/as vivos/as que ha tenido la madre o gestante, incluyendo que se está certificando, sin importar que alguno de éstos falleciera. En 9.3 anote cuántos de los (los) hijos/as registrados/as en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (a) nacida/o vivo/a que se está certificando.
- LA (EL) HIJO/A ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple, si la (el) hijo/a anterior nació vivo/a marque la opción "vivo/a" y especifique en 1 si está vivo o no. Si la (el) hijo/a anterior nació muerto/a marque la opción "muerto/a" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otros/as hijos/as".
- ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacida/o vivo/a que se certifica, considerando/a como la (el) último/a del total de nacimientos si esta fecha ha tenido la madre o gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidas/os vivos/as como a las (los) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha estén vivos/as o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponde a cada nacimiento.
- ATENCIÓN PRENATAL.** 12.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el trimestre de gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso anote en 13.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o gestante.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Cuando la madre o gestante tenga al menos una afiliación o derechohabencia anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- ESCOLARIDAD.** Si la madre o gestante no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna", en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudio especificado en 15.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 15.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, maestra/o, maestro/a). En 16.1 marque la opción "Si" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo formal, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidadora de las (los) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
- FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.** Anote el día, mes, año y hora de ocurrencia del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato **HH:MM:SS**, usando escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote **00:05:00**).
- SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (del) nacida/o vivo/a, omita la respuesta y siga las instrucciones del Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por caput, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacida/o vivo/a expresado en gramos (ej. Si la (el) nacida/o vivo/a pesa 2 kilos 350 gramos, anote **2350** gramos).
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/as vivos/as o muertas/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacido/a vivo/a, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupa la (el) nacida/o en este parto si es el segundo producto, poner **2 de 2**.
- ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O.** Si la (el) nacida/o vivo/a presenta anomalías congénitas, enfermedad o lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar anomalías congénitas, enfermedades o lesiones, se debe especificar anotar la frase "Ninguna anomalía". Deje en blanco el recuadro sombreado en gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente.
- RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este caso, indicar si usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo (Gineco-obstetra, Ciruj/a especialista, Residente, General, Médico Pasante en Servicio Social - MPSS- o Médico Interno de Pregrado - MIP-). Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifique a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) Médico/a Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico/a Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA.** Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 35.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 35.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS. En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o gestante, nombre(s) y apellidos.

Sello oficial de la Unidad Médica

1) Núm. de pregunta: **31.1** Corrección: **Avenida**

2) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____

3) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____

Responsable de la corrección:

Hernández

Florez

Hernández

CE 3653266

Firma