



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015  
FOLIO

024387477

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

**1. NOMBRE** Lizbeth Patricia Alfaro Cortes  
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido

**1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)** AIAICL8110215MDFLIRZIO9 Se ignora ☐ gg

**2. LUGAR DE NACIMIENTO** Gustavo A. Madroño Distrito Federal  
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

**3. FECHA DE NACIMIENTO** 15/02/1981 **4. EDAD** 33  
Día Mes Año Años

**5.1 ¿Se considera indígena?** Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ **5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?** Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ **5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?**

**6. ESTADO CONYUGAL** En unión libre ☒ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Se ignora ☐

**7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO** Calle Froaro 41 A30  
7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la localidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior  
7.5 Tipo de asentamiento humano Valle Gómez 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal 7.8 Localidad Venustiano Carranza Ciudad de México 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono 55178801

**8. NÚMERO DE EMBARAZOS** (incluye el actual) 102 Se ignora ☐ gg **9. NÚMERO DE HIJOS (AS)**  
9.1 Nacidos Muertos (as) 102 Se ignora ☐ gg **9.2 Nacidos Vivos (as)** 102 Se ignora ☐ gg **9.3 Sobrevivientes** 102 Se ignora ☐ gg

**10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ** Vivo (a) ☒ Muerto (a) ☐ No ha tenido otros hijos (as) ☐ **10.1 Vive aún** Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ **11. ORDEN DEL NACIMIENTO** (considere vivos, muertos, múltiples) 102 Se ignora ☐ gg

**12. ATENCIÓN PRENATAL**  
12.1 ¿Recibió atención? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ **12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta** Primero ☒ Segundo ☐ Tercero ☐ Se ignora ☐ **12.3 Total de consultas recibidas** 112 Se ignora ☐ gg

**13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?** Si ☒ No ☐ **13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción**

**14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD** Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Prospera ☐ Se ignora ☐ **14.1 Número de seguridad social o afiliación**

**15. ESCOLARIDAD** Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa ☒ Incompleta ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ gg

**16. OCUPACIÓN HABITUAL** Contador Público Se ignora ☐ gg **16.1 Trabaja actualmente** Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ gg

**17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO** 26/08/2018 15:24  
Día Mes Año Hora Minutos

**18. SEXO** Hombre ☒ Mujer ☐ **19. EDAD GESTACIONAL** 40 Semz

**20. TALLA** 51 Centímetros **21. PESO AL NACER** 3.735 Gramos

**22.1 APGAR** 09 (A los 5 minutos) **22.2 SILVERMAN** 00 (A los 5 minutos) **23. TAMIZ AUDITIVO** Si ☐ No ☒

**24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS**  
24.1 BCG Si ☐ No ☒ 24.2 Hepatitis B Si ☐ No ☒ 24.3 (A) Si ☐ No ☒ 24.4 (K) Si ☐ No ☒

**25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO** Único ☒ Gemelar ☐ Tres o más ☐

**26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO**  
a) Ninguna Aparente  
b) Ninguna Aparente

**27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO**  
Eutócico ☐ Distócico ☐ → ¿Se usaron fórceps? Si ☐ No ☒ Cesárea ☒ Otro ☐ → Especifique:

**28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO**  
Secretaría de Salud ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS Prospera ☐ Otra unidad pública ☐ Hospital de Especialidades Mlii ☒ Via pública C  
IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☒ 28.1 Nombre de la unidad médica D.F. SIMPIOIC00414 Hogar C  
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 00414 Otro lugar C

**29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO**  
Médico ☒ Gineco-obstetra ☒ Otro especialista\* ☐ Residente ☐ General ☐ MPSS ☐ MIP ☐ Enfermera ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud\* ☐ Partera ☐ Otro\* ☐ \*Especifique:

**30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO** Calle Río Bamba 800  
30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la localidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior  
Colonia Lincevista 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal 03300  
Gustavo A. Madroño 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa Ciudad de México

**31. NOMBRE** Octavio Agustín Hernández Palomares  
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido

**32. CERTIFICADO POR** Médico ☒ gineco-obstetra ☐ Otro médico\* ☐ Enfermera ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud\* ☐ Partera ☐ Autoridad civil\* ☐ \*Especifique

**33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO** 3176203 Número de cédula profesional

**34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA**  
34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

**35. DOMICILIO Y TELÉFONO** Calle Río Bamba 800  
35.1 Tipo de vivienda 35.2 Nombre de la localidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior  
Colonia Lincevista 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal 03300  
Gustavo A. Madroño 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa Ciudad de México 35.11 Teléfono 0330011

**36. FIRMA** **37. FECHA DE CERTIFICACIÓN** 26/08/2018  
Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

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 POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE



024387477

26/08/2018