

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO
022259053

1 NOMBRE Diana Ruth Victoria Jimenez

2 LUGAR DE NACIMIENTO Beneito Lopez Ciudad Mexico

3 FECHA DE NACIMIENTO 28/01/1987 4 EDAD 30

5 1 ¿Se considera indígena? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 5 2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 5 3 ¿Cual lengua indígena habla?

6 ESTADO CIVIL En unión libre ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viuda ☐ Soltero ☒ Casada ☐ Se ignora ☐

7 REFERENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Calle 25 de febrero de 1861 Manzana 32 lote 1318-B Colonia Leyes de Reforma 3a Sección CP 3 10 Iztapalapa Ciudad Mexico 6473055

8 NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye al actual) 02 8 NÚMERO DE HIJOS (AS) 01

9 1 Nacidos Muertos (as) 0 9 2 Nacidos Vivos (as) 01 9 3 Sobrevivientes 01

10 EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO 10.1 Vive aún ☐ Muerto ☐ No ☒ Se ignora ☐ No ha tenido otros hijos (as) ☐ Se ignora ☐

11 ORDEN DEL NACIMIENTO 02

12 ATENCIÓN PRENATAL 12 1 Recibió atención? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 12 2 Insistió en el que recibió la primera consulta Primero ☒ Segundo ☐ Tercero ☐ Se ignora ☐ 12 3 Total de consultas recibidas 08

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 IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Prospera ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ VISSD870128/2

15 ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ La escolaridad seleccionada es Completa ☒ Incompleta ☐

16 OCUPACIÓN HABITUAL Administrativo ☐ Se ignora ☐ 16 1 Trabaja actualmente Si ☒ No ☐ Se ignora ☐

17 FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 01/06/2017 17:06 18 SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ 19 EDAD GESTACIONAL 40 Semanas

20 TALLA 150 Centímetros 21 PESO AL NACER 2780 Gramos 22 1 APGAR 08 22 2 SILVERMAN 01 23 TAMIZ AUDITIVO Si ☐ No ☒

24 APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS Vitaminas 25 PRODUCTO DE UN EMBARAZO Unico ☒ Gemelar ☐ Tres o más ☐

24 1 BCG Si ☐ No ☒ 24 2 Hepatitis B Si ☐ No ☒ 24 3 (A) Si ☐ No ☒ 24 4 (K) Si ☐ No ☒

26 ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO aparente ninguno

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 ☐ Unidad médica privada ☐ Regional Zaragoza DEFIST 000160

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

30 DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Calzada Ignacio Zaragoza 1711 Colonia Exército Libertador 09220 Iztapalapa Ciudad Mexico

31 NOMBRE Marta Elena Rodríguez Altamirano

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

33 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3474179 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 Calzada Ignacio Zaragoza 1711 Colonia Exército Libertador 09220 Iztapalapa Ciudad Mexico

36 FIRMA [Firma] 37 FECHA DE CERTIFICACIÓN 01/06/2017

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

ISSSTE HQBP REG. GRAL. I. ZARAGOZA 04 JUN 2017 JEFAURA DE NEONATOLOGIA