

028989504

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O Y DEL NACIMIENTO

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 02 01 62 01 21 15 12 16 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> Día Mes Año Horas Minutos </div>		19. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	20. EDAD GESTACIONAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">39</div> Semanas
21. TALLA <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">51</div> Centímetros	22. PESO AL NACER <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">32 30</div> Gramos	23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">09</div> 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">01</div>		24. TAMIL AUDITIVO Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 25.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 25.3 Vitamina A Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 25.4 Vitamina K Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Unico <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o mas <input type="radio"/> 3		*Especifique _____		
27. ANOMALÍAS CONGENITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACION DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O					
a) _____		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div> </div> <div style="width: 50%;"> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div> </div> </div>			
b) _____					
28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO					
Secretaria <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 Otra unidad publica <input type="radio"/> 8 de Salud IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		Hospital <u>Novus Médica</u> 28.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 <u>111111111111111111</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via publica <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12 Otro lugar <input type="radio"/> 13	
		*Especifique _____			
29. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 10</div> Horas Minutos		29. RESOLUCION DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 2 → ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3 *Especifique _____			
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input type="radio"/> 1 Enfermero <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaria de Salud* <input type="radio"/> 3 Parto <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 5 ↓ Especifique tipo de médico Gineco-obstetra* <input type="radio"/> 11 Otro especialista* <input type="radio"/> 12 Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 *Especifique _____		Césarea <input type="radio"/> 3 Programada <input type="radio"/> 4 De urgencia <input type="radio"/> 5 *Especifique _____			
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO					
31.1 Tipo de vivienda <u>1</u>		31.2 Nombre de la vivienda <u>49</u>		31.3 Num. Ext. <u>111</u>	
31.4 Nombre del asentamiento humano <u>Colonia</u>		31.5 Tipo de asentamiento humano <u>1</u>		31.6 Ciudad o Población <u>López Mateos</u>	
31.7 Código Postal <u>5591010</u>		31.8 Localidad <u>Estado de México</u>			
31.9 Municipio o Alcaldía <u>Alcaldía de Cuernavaca</u>		31.10 Entidad federativa <u>Estado de México</u>			

DATOS DE LA (EL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE Claudia Esther Quiñarte Cisneros
 Nombre (s) Claudia Esther Primer Apellido Quiñarte Segundo Apellido Cisneros

33. CERTIFICADO POR
 Médico/a pediatra ☐1 Médico/a Gineco-obstetra ☐2 Otro/a médico/a ☐3 Enfermero/a ☐4
 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐5
 Parto/a ☐6 Autoridad civil ☐7 *Especifique _____

34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional 1751126

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 (CLUES) _____

36. DOMICILIO Y TELÉFONO
 36.1 Tipo de vivienda Avenida 36.2 Nombre de la vivienda Adolfo López Mateos 36.3 Núm. Ext. 49 36.4 Núm. Int. _____
 36.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 36.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Adolfo López Mateos 36.7 Código Postal 53100
 36.8 Localidad Ciudad A. López Mateos 36.9 Municipio o Alcaldía Atlixán de Zaragoza
 36.10 Entidad Federativa Estado de México 36.11 Teléfono 1537115849621

37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02/05/2020
 Día Mes Año



HOSPITAL NO. 12345

REC 44412000

Journal of Management Education

Atkins & Atkins, 1992

Col. Carter, 10/14/44, 1/1/45

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

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

RECOMENDACIONES GENERALES:

- El **Certificado de Nacimiento** debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o gestante-hijo.
- La expedición del **Certificado de Nacimiento** es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o gestante (que preferentemente contenga su domicilio) y una identificación de paternidad.
- 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 (al) madre o gestante durante el parto, cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- Este **Certificado de Nacimiento** por cada nacido/a vivo/a, elabore tantos certificados como nacidos/os vivos/os resulten del nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega **no debe ser condicionada** bajo ninguna circunstancia.
- El **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, en caso contrario anote en la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados en el registro civil.
- Escrite con tinta (no utilice pluma de gel), uso de 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 de llenado a mano, escriba 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 explicaciones 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.
- Siempre que 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 casillas.
- 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 06 de mayo de 2020 anote 06/05/2020).
- 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 vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vialidad, Núm. exterior (ej. 990) e interior (opcional), Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprenta 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 aparecen en su 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. Imprenta 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".
- 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 (del) nacido/a 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 habitual correspondiente 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/os vivos/os, nacidos/os muertos/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir este último embarazo.
- NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante, no ha tenido hijas/os nacidas/os muertas/os, anote 000. Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidas/os vivos/os que ha tenido la madre o gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de éstos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (al) nacido/a vivo/a que se está certificando.
- LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hija/o anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "viva/o" y especifique en 10.1 si está vivo o no. Si la (el) hija/o anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "viva/o" y especifique en 10.1 si está vivo o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda 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 la 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 debe anotar 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 estudios, y especifique 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, mesera/o, maestra/o). En 16.1 marque la opción "Si" cuando la madre o gestante dedique a las tareas propias de hogar, cuidados 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, cuando la escala de 24 horas (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 00:05).
- SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (el) nacido/a vivo/a, omita la respuesta y siga las instrucciones del Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración de embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por capurro, 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 (el) nacido/a vivo/a expresado en gramos (ej. Si la (el) nacido/a vivo/a pesa 2 kilos 350 gramos, anote 2350 gramos).
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/os vivos/os o muertas/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, no 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) nacido/a en este parto: si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O.** Si la (el) nacido/a vivo/a presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo prenatal, anote en el espacio correspondiente. En caso de no presentar anomalías congénitas, enfermedades o lesiones, se debe especificar anotando la frase "Ninguna". 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 indique si se 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, Otra/o especialista, Residente, General, Médico/a, etc.). Si el parto fue atendido por otra persona, seleccione la opción que identifica 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.
- 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.

1) Núm. de pregunta: 17 Corrección: 32 años

2) Núm. de pregunta: Corrección:

3) Núm. de pregunta: Corrección:

Responsable de la corrección: Dra. Claudia Esther Gaviola Cisneros
Ced. Prof. 150126 Primer Apellido Segundo Apellido

Sello oficial de la Unidad Médica

