

1. NOMBRE		Clio Idalia		Acosta		Budo	
		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)		A08C850113MDFCL06		Se ignora <input type="radio"/>		99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO		Gustavo A. Madero		DISTRITO FEDERAL			
		2.1 Municipio o delegación		2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)			
3. FECHA DE NACIMIENTO		23/01/1985		4. EDAD		34	
		Día Mes Año		Años			
5.1 ¿Se considera indígena?		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"/>	
6. ESTADO CONYUGAL		En unión libre <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input checked="" type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?			
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		Avenida		495		90	
		7.1 Tipo de vialidad		7.2 Nombre de la vialidad		7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior	
Colonia		San Juan de Aragón		079110		7.7 Código Postal	
7.5 Tipo de asentamiento humano		Gustavo A. Madero		Ciudad de México		5538020273	
7.8 Localidad		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 NACIÓ		11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples)	
01 Se ignora <input type="radio"/>		9.1 Nacidos Muertos (as) 00 Se ignora <input type="radio"/>		Vivo (a) <input type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/>		01 Se ignora <input type="radio"/>	
9.2 Nacidos Vivos (as) 01 Se ignora <input type="radio"/>		9.3 Sobrevivientes 01 Se ignora <input type="radio"/>		10.1 Vive aún SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
12. ATENCIÓN PRENATAL		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta		12.3 Total de consultas recibidas			
12.1 ¿Recibió atención? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		110 Se ignora <input type="radio"/>			
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?		SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <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"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación		A08C850113/20	
15. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" 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		Secretaria		16.1 Trabaja actualmente		SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

DATOS DE LA MADRE

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		26/10/2019		23:07		18. SEXO		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>		19. EDAD GESTACIONAL		39		Semanas	
		Día Mes Año		Hora Minutos											
20. TALLA		50		21. PESO AL NACER		3.270		22.1 APGAR		22.2 SILVERMAN		23. TAMIZ AUDITIVO			
		Centímetros				Gramos		(A los 5 minutos)		(A los 5 minutos)		SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		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 type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO					
										Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>					
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO		a) ninguna aparente		b) ninguna aparente		CÓDIGO CIE									
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO		Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input checked="" type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? SI <input type="radio"/> No <input checked="" 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 <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		Hospital 1º de Octubre		28.1 Nombre de la unidad médica		28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		28.3 Núm. Exterior		28.4 Núm. Interior		28.5 Código Postal	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO		Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro especialista* <input type="radio"/> Residente <input 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		Avenida		Instituto Politécnico Nacional		1669		30.3 Núm. Exterior		30.4 Núm. Interior		30.5 Tipo de asentamiento humano		30.6 Nombre del asentamiento humano	
		Colonia		Magdalena de la Salina		07760		30.7 Código Postal		30.8 Localidad		30.9 Municipio o delegación		30.10 Entidad federativa	
				Gustavo A. Madero		Ciudad de México									

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

31. NOMBRE		Yanick		Zavala		Callegos	
		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR		Médico pediatra <input type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" 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"/> Residente <input checked="" type="radio"/> *Especifique					
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		11098424		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA			
		Número de cédula profesional		34.1 Nombre de la unidad médica		34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO		Avenida		Instituto Politécnico Nacional		1669	
		Colonia		Magdalena de la Salina		07760	
35.5 Tipo de asentamiento humano		Gustavo A. Madero		Ciudad de México		5538020273	
35.8 Localidad		35.9 Municipio o delegación		35.10 Entidad federativa		35.11 Teléfono	
36. FIRMA				37. FECHA DE CERTIFICACIÓN		26/10/2019	
						Día Mes Año	

DATOS DEL CERTIFICANTE

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE