



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

026567154

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE Nombre(s) <u>Karina</u> Primer Apellido <u>Velazquez</u> Segundo Apellido <u>Corrales</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>CEVK86C128ADPRRLC6</u> Señora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Gustavo A. Madero</u> 2.2 Entidad federativa o país (países extranjeros) <u>Ed. de México</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>28.01.1986</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>34</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Señora <input type="radio"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Señora <input type="radio"/> 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
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"/> Señora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Tercera Etapa</u> 7.3 Num. Exterior <u>5</u> 7.4 Num. Interior <u>07129</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 7.6 Localidad <u>Gustavo A. Madero</u> 7.7 Código Postal <u>067129</u> 7.8 Localidad <u>Ed. de México</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Ed. de México</u> 7.10 Entidad federativa <u>Ed. de México</u> 7.11 Teléfono	
8. NUMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Señora <input type="radio"/>	9. NUMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>01</u> Señora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>01</u> Señora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Señora <input type="radio"/>
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</u> Señora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Señora <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"/> Señora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>07</u> Señora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <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"/> Señora <input type="radio"/>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Señora <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleada</u> Señora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Señora <input type="radio"/>	

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>12.04.2020</u> <u>20:40</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas
20. TALLA <u>52</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3600</u> Gramos	22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>01</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.2 Hepatitis B <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.3 (A) <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.4 (K) <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input 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) <u>Ninguna aparente</u> b)			
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> Cesárea <input 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"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>			
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 30.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Lago Ontario</u> 30.3 Num. Exterior <u>119</u> 30.4 Num. Interior <u>119</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tacuba</u> 30.7 Código Postal <u>067129</u> 30.8 Localidad <u>Miguel Alemán</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 30.10 Entidad federativa <u>Ed. de México</u>			

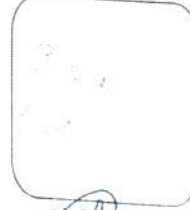
DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE Nombre(s) <u>Estela Cruz</u> Primer Apellido <u>Talido</u> Segundo Apellido <u>Molina</u>	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input 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"/>	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>1138646</u>	
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica <u>Lago Ontario</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>119</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Tacuba</u> 35.3 Num. Exterior <u>119</u> 35.4 Num. Interior <u>119</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Miguel Alemán</u> 35.7 Código Postal <u>067129</u> 35.8 Localidad <u>Ciudad de México</u> 35.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 35.10 Entidad federativa <u>Ed. de México</u> 35.11 Teléfono <u>12942020</u>	
36. FIRMA <u>Estela Cruz</u>	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12.04.2020</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



ENTREGAR A LA MADRE PARA EL TRAMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL

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.

026567134

INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPESA O MANIFIESTA ALGUNO 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 NO SE DESPRENDE LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

• El Certificado de Nacimiento debe llenarse en:

- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre (aunque el/los niño/s no sea/san hijo/s de ella).
- El Certificado de Nacimiento debe ser emitido en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre-hijo(a).

- INSTRUCCIONES ESPECIALES

1) **NOMBRE.** Ante el nombre completo de la madre sin abreviaturas, indicando por el(la)s nombre(s), seguido del primer y segundo apellido, tal cual aparece en su identificación oficial. En la columna 1, 4, 5 y 6.

En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre; nombre(s) y apellidos.

- Subdivision of Civil Medicine
HOSPITAL GENERAL TACUHA

- ABR. 2020

- COORDINACION DE SERVICIOS

Nome(s) _____
Primeiro Apellido _____
Segundo Apellido _____
Tercero Apellido _____
