

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 DE LA MADRE

| | | | |
|--|--|--|--|
| 1 NOMBRE <u>Edith Elizabeth Lopez</u> Nombre (a) _____ Primer Apellido _____ | | Figuera _____ Segundo Apellido _____ | |
| 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>L O F I E 1 8 9 0 9 0 6 M I D F P I G I D I O S</u> | | Se ignora <input type="radio"/> | |
| 2 LUGAR DE NACIMIENTO <u>Iztapalapa</u> 2.1 Municipio o delegación _____ | | <u>Ciudad de México</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) _____ | |
| 3 FECHA DE NACIMIENTO <u>06/09/1989</u> Día Mes Año | 4 EDAD <u>28</u> Años | 5.1 ¿Se considera indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 5.2 ¿Hable alguna lengua indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| | | 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? _____ | |
| 6 ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 15 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input type="radio"/> 12 Casada <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> | | | |
| 7 RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Avenida Hidalgo</u> 7.1 Tipo de vivienda _____ <u>Colonia Santa Anita</u> 7.2 Nombre de la vivienda _____ <u>Iztacalco</u> 7.3 Núm. Exterior <u>9</u> 7.4 Núm. Interior <u>08300</u> <u>Ciudad de México</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 7.7 Código Postal <u>061999</u> 7.8 Localidad _____ 7.9 Municipio o delegación _____ 7.10 Entidad federativa _____ 7.11 Teléfono <u>91129</u> | | | |
| 8 NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> | 9 NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> | 10 EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> 10.1 Vive aún Sí <input type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> 10.2 No <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/> 10.3 Se ignora <input type="radio"/> | 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considero vivos, muertos, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> |
| 12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input type="radio"/> Segundo <input checked="" type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 12.3 Total de consultas recibidas <u>05</u> Se ignora <input type="radio"/> | | | |
| 13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Sí <input checked="" 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"/> 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 <u>LOFE89090617</u> | |
| 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"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> | |
| 16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Secretaria</u> | | 16.1 Trabaja actualmente Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------|--|-------------|--|-------------------|--|---|--|---|--|----------------|--|---|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|---|--------------------|--|--|--|
| DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO | 17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO | | 03/01/2018 | | 23:59 | | 18. SEXO | | Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> | | 19. EDAD GESTACIONAL | | 36 | | Semanas | | | | | | | | | | | | |
| | 20. TALLA | | 44 | | Centímetros | | 21. PESO AL NACER | | 2400 | | Gramos | | 22.1 APGAR | | 109 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 22.2 SILVERMAN | | 102 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 23. TAMIZ AUDITIVO | | SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| | 24. APLICACION DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS | | | | | | | | | | 24.3 (A) SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | | | 24.4 (K) SI <input checked="" 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"/> | | | | |
| | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 26. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO CIE | | | | Use cualquier del personal calificado | | | | | | |
| | a) Ninguna aparente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | b) Ninguna aparente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | Hospital Regional 1° de Octubre | | | | Via pública <input type="radio"/> | | | | | | | |
| Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | 28.1 Nombre de la unidad médica | | | | Hogar <input type="radio"/> | | | | | | | |
| IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | | | Otro lugar <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO | | | | | | | | | | | | | | | | México <input 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 | | | |
| 30.1 Tipo de vivienda | | | | | | | | | | | | | | | | 30.2 Nombre de la vivienda | | | | 30.3 Núm. Exterior | | | | 30.4 Núm. Interior | | | |
| Colonia | | | | | | | | | | | | | | | | Magdalena de las Salinas | | | | 07760 | | | | | | | |
| 30.5 Tipo de asentamiento humano | | | | | | | | | | | | | | | | 30.6 Nombre del asentamiento humano | | | | 30.7 Código Postal | | | | | | | |
| Gustavo A. Madero | | | | | | | | | | | | | | | | Ciudad de México | | | | | | | | | | | |
| 30.8 Localidad | | | | | | | | | | | | | | | | 30.9 Municipio o delegación | | | | 30.10 Entidad federativa | | | | | | | |

DATOS DEL CERTIFICANTE

| | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|
| DATOS DEL CERTIFICANTE | 31. NOMBRE | Gema Zaret | | Segura | | Millán | |
| | | Nombre (s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| | 32. CERTIFICADO POR | Médico <input type="radio"/> 1 Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 2 Enfermera <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4 Partera <input type="radio"/> 5 Autoridad civil* <input type="radio"/> 6 Residente <input type="radio"/> 6 | | | | | |
| | | Médico pediatra <input type="radio"/> 1 Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 2 Enfermera <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4 Partera <input type="radio"/> 5 Autoridad civil* <input type="radio"/> 6 Residente <input type="radio"/> 6 | | | | | |
| | | Médico pediatra <input type="radio"/> 1 Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 2 Enfermera <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4 Partera <input type="radio"/> 5 Autoridad civil* <input type="radio"/> 6 Residente <input type="radio"/> 6 | | | | | |
| DATOS DEL CERTIFICADO | 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | 09678838 | | 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 | |
| | | 35.1 Tipo de vivienda | | 35.2 Nombre de la vivienda | | 35.3 Núm. Exterior | |
| DATOS DEL CERTIFICADO | | Colonias | | Magdalena de las Salinas | | 077760 | |
| | | 35.5 Tipo de asentamiento humano | | 35.6 Nombre del asentamiento humano | | 35.7 Código Postal | |
| | | | | Quilavo A MADERO Ciudad de México | | 65518661011 | |
| | | 35.8 Localidad | | 35.9 Municipio o delegación | | 35.10 Entidad federativa | |
| | | | | | | | |
| DATOS DEL CERTIFICADO | 36. FIRMA | [Firma] | | 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | |
| | | | | 03/01/2018 | | | |

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACU

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

022328924