



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2010
FOLIO

015571163

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE Nombre (s) <u>Nancy</u> Apellido paterno <u>Ramirez</u> Apellido materno <u>Romero</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Venustiano Carranza</u> <u>Distrito Federal</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>02.10.21.1980</u> 4. ESTADO CONYUGAL Día Mes Año 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 type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Oriente 81 4106 Colonia Malinche</u> 5.1 Calle y número 5.2 Colonia 5.3 Localidad <u>Guastavo A Madero</u> <u>Distrito Federal</u> <u>65496907</u> 5.4 Municipio o delegación 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) 5.6 Teléfono	
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) <u>010</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 8.2 Sobrevivientes <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input type="radio"/> 1 Muerto (a) <input type="radio"/> 2 No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? <u>Si</u> <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <u>Primero</u> <input type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 11.3 Total de consultas recibidas <u>07</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
12. ¿VIVE LA MADRE? <u>Si</u> <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 4 PEXEM <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>RARN800202</u>	
14. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10	
15. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Secretaria</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 Trabaja actualmente <u>Si</u> <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>18.10.2015 09:42</u> Día Mes Año Hora Minutos		17. SEXO <u>Hombre</u> <input type="radio"/> 1 <u>Mujer</u> <input type="radio"/> 2		18. EDAD GESTACIONAL <u>41</u> Semanas	
19. TALLA <u>151</u> Centímetros		20. PESO AL NACER <u>3360</u> Gramos		21. APGAR (a los cinco minutos) <u>07</u>	
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS Vitaminas <u>Si</u> <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.1 BCG <u>No</u> <input type="radio"/> 2 22.2 Hepatitis B <u>No</u> <input type="radio"/> 2 22.3 (A) <u>No</u> <input type="radio"/> 2 22.4 (K) <u>No</u> <input type="radio"/> 2		23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico <u>Si</u> <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 23.2 Auditivo <u>Si</u> <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO <u>Único</u> <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna aparente</u> CLAVE CIE _____ b) <u>Ninguna aparente</u>					
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input type="radio"/> 1 Cesárea <input type="radio"/> 2 Fórceps <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique _____					
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 3 PEXEM <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Oportunidades <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 <u>Primero de Octubre</u> 27.1 Nombre de la unidad médica <u>DEFISTO00090</u> 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12 Otro lugar <input type="radio"/> 13					
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8					
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Instituto Politécnico Nacional 1669 Magdalena de las Salinas</u> 29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad <u>Distrito Federal</u> 29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa					

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE Nombre (s) <u>Vosé</u> Apellido paterno <u>Luna</u> Apellido materno <u>Romero</u>	
31. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="radio"/> 1 Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico <input 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 Especifique _____	
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3247267</u> Número de cédula profesional	
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? 33.1 Nombre de la unidad médica _____ 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
34. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Instituto Politécnico Nacional 1669 Magdalena de las Salinas</u> 34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad <u>Distrito Federal</u> 34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa <u>55866011</u> 34.6 Teléfono	
35. FIRMA <u>[Firma]</u>	
36. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>18.10.2015</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

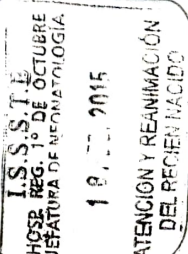


HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE

[Firma]



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