



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
028617673
028617673

1. NOMBRE
SANDY JOSELIN
Nombre (s)

ALFONSO
Primer Apellido

CABRERA
Segundo Apellido

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)
A O C S 8 7 0 6 0 6 M D F L B N O O

2. LUGAR DE NACIMIENTO
VENUSTIANO CARRANZA
2.1 Municipio o Alcaldía

CIUDAD DE MEXICO
2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO
06/06/1987
Día Mes Año

4. EDAD
34
Años

5. CONDICIÓN INDÍGENA
5.1 ¿Se considera indígena?
Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?
Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ *Especifique:

6. SITUACIÓN CONYUGAL
Soltera ☐ En unión libre ☒ Casada ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Se ignora ☐

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
CALLE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL 281
7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Ext. 7.4 Núm. Int.
FEDERAL **CIUDAD DE MEXICO**
7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal 7.8 Localidad
VENUSTIANO CARRANZA **CIUDAD DE MEXICO** **5561645270**
7.9 Municipio o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)
02 Se ignora ☐

9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual)
9.1 Nacidas/os Muertas/os **00** Se ignora ☐
9.2 Nacidas/os Vivas/os **02** Se ignora ☐
9.3 Sobrevivientes **02** Se ignora ☐

10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ
Viva/o ☒ Muerta/o ☐ No ha tenido otras/os hijas/os ☐
10.1 Vive aún Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐

11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, múltiples)
02 Se ignora ☐

12. ATENCIÓN PRENATAL
12.1 ¿Recibió atención? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta
Primero ☒ Segundo ☐ Tercero ☐ Se ignora ☐
12.3 Total de consultas recibidas
08 Se ignora ☐

13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O?
Sí ☒ No ☐
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna ☐ ISSSTE ☒ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ ISSFAM ☐ Otra ☐ Se ignora ☐
IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Bienestar ☐
14.1 Número de seguridad social o afiliación
A00S-870606-20

15. ESCOLARIDAD
Ninguna ☐ Técnico terminal con secundaria ☐ Profesional ☐
Primaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☒ Posgrado ☐
Secundaria ☐ Técnico terminal con preparatoria ☐ Se ignora ☐
15.1 La escolaridad seleccionada es Completa ☒ Incompleta ☐
15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐

16. OCUPACIÓN HABITUAL
MAESTRA
Se ignora ☐

17. EDAD DEL PADRE
35 Se ignora ☐

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
07/10/2021 10:15
Día Mes Año Horas Minutos

19. SEXO
Hombre ☐ Mujer ☒

20. EDAD GESTACIONAL
38 Semanas

21. TALLA
53 Centímetros

22. PESO AL NACER
3530 Gramos

23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS
23.1 APGAR (A los 5 minutos) **09** 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) **00**

24. TAMIZ AUDITIVO
Sí ☐ No ☒

25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
25.1 BCG Sí ☐ No ☒
25.2 Hepatitis B Sí ☐ No ☒
25.3 Vitamina A Sí ☐ No ☒
25.4 Vitamina K Sí ☒ No ☐

26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
Único ☒ Gemelar ☐ Tres o más ☐ de _____
*Especifique:

27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O
a) **APARENTEMENTE NINGUNA**
b) _____
CÓDIGO CIE
Uso exclusivo del personal codificador

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
Secretaría de Salud ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS ☐ Otra unidad pública ☐ CLINICA "GENESIS XXI"
IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☒
28.1 Nombre de la unidad médica
D F S M P O 0 3 9 5 2
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
0030 Horas Minutos

29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
Eutócico ☐ Distócico ☒ ¿Se usaron fórceps? Sí ☐ No ☐ Otro ☐
*Especifique: Programada ☒ De urgencia ☐

30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
Médico/a ☒ Enfermera/o ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ☐ Partera/o* ☐ Otra/o* ☐
Especifique tipo de médico/a Gineco-obstetra ☒ Otra/o especialista* ☐ Residente ☐ General ☐ MPSS ☐ MIP ☐
*Especifique:

31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
CALLE HORACIO RUIZ 150
31.1 Tipo de vialidad 31.2 Nombre de la vialidad 31.3 Núm. Ext. 31.4 Núm. Int. 31.5 Tipo de asentamiento humano
AVIACION CIVIL **CIUDAD DE MEXICO**
31.6 Nombre del asentamiento humano 31.7 Código Postal 31.8 Localidad
VENUSTIANO CARRANZA **CIUDAD DE MEXICO**
31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Entidad federativa

32. NOMBRE
VIRIDIANA
Nombre (s)

VOLANTE
Primer Apellido

PACIO
Segundo Apellido

33. CERTIFICADO POR
Médico/a pediatra ☐ Médico/a Gineco-obstetra ☒ Otro/a médico/a* ☐ Enfermera/o ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ☐
Partera/o* ☐ Autoridad civil* ☐ *Especifique

34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional
7933116

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
CALLE HORACIO RUIZ 150
36.1 Tipo de vialidad 36.2 Nombre de la vialidad 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int.
COLONIA AVIACION CIVIL **CIUDAD DE MEXICO** **VENUSTIANO CARRANZA**
36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Código Postal
CIUDAD DE MEXICO **55111340554**
36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldía 36.10 Entidad federativa 36.11 Teléfono

37. FIRMA

38. FECHA DE CERTIFICACIÓN
07/10/2021
Día Mes Año

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE
Sandy

UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE
CLINICA MEDICA GENESIS XXI
CALLE HORACIO RUIZ 150 COL. AVIACION CIVIL C.P. 55111340
REG. AURL 540622-734

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS, POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO 8VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

028617673

ENTREGAR A LA MADRE O GESTANTE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL

