

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE 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

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

| | | | |
|---|---|--|---|
| 1. NOMBRE ART. P. GUANAJA Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido | | | |
| 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) 08122973036V730303 | | | |
| 2. LUGAR DE NACIMIENTO TALACALCO 2.1 Municipio o Alcaldía 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) | | | |
| 3. FECHA DE NACIMIENTO 18/10/1997 Día Mes Año | 4. EDAD 23 Años | 5. CONDICIÓN INDÍGENA 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"/> *Especifique: | |
| 6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera <input type="radio"/> 12 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 15 Casada <input type="radio"/> 11 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | |
| 7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Ext. 7.4 Núm. Int. 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal 7.8 Localidad 7.9 Municipio o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono | | | |
| 8. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidos/os Muertos/os 9.2 Nacidos/os Vivos/os 9.3 Sobrevivientes | 10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Vivo/a <input type="radio"/> 1 Muerto/a <input type="radio"/> 2 No ha tenido <input checked="" type="radio"/> 3 otras/os hijas/os 10.1 Vive aún Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considera vivos/os, muertos/os, múltiples) 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input checked="" type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 12.3 Total de consultas recibidas 9 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | |
| 13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción | | | |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Bienestar <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación | | | |
| 15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 16. OCUPACIÓN HABITUAL 16.1 Trabaja actualmente Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 17. EDAD DEL PADRE 21 Se ignora <input type="radio"/> 99 | |

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O Y DEL NACIMIENTO

| | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|--|
| 18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 08/10/2021 Día Mes Año 19. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 20. EDAD GESTACIONAL 33 Semanas | | | | |
| 21. TALLA 121 Centímetros | 22. PESO AL NACER 3350 Gramos | 23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) | | 24. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 |
| 25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.3 Vitamina A Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.4 Vitamina K Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 | | 26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3 *Especifique: | | |
| 27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) b) 28. 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"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 28.1 Nombre de la unidad médica 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO 10:03:15 Horas Minutos 29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input checked="" type="radio"/> 2 ¿Se usaron forceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3 *Especifique: 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico/a <input checked="" type="radio"/> 1 Enfermero/a <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Partera/o <input type="radio"/> 4 Otra/o <input type="radio"/> 8 *Especifique: Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otra/o especialista <input type="radio"/> 12 Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 | | | | |
| 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda 31.2 Nombre de la vivienda 31.3 Núm. Ext. 31.4 Núm. Int. 31.5 Tipo de asentamiento humano 31.6 Nombre del asentamiento humano 31.7 Código Postal 31.8 Localidad 31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Entidad federativa | | | | |

CANTE

| | |
|---|--|
| 32. NOMBRE DANASTO Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido | |
| 33. CERTIFICADO POR Médico/a pediatra <input type="radio"/> 1 Médico/a Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 7 Otro/a médico/a <input type="radio"/> 2 Enfermero/a <input type="radio"/> 3 Partera/o <input type="radio"/> 5 Autoridad civil <input type="radio"/> 6 *Especifique 34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional | |

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

