



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

MODULO 2017
FOLIO

024449620

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE Amairani Yuricsi Reyes Alvarez
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP) REIAA920624MDFYLMO2 Se ignora ☐ 99
2. LUGAR DE NACIMIENTO Cuauhtémoc Distrito Federal
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)
3. FECHA DE NACIMIENTO 24 06 19 92 4. EDAD 26
Día Mes Año Años
5.1 ¿Se considera indígena? ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ 15 Separada ☐ 16 Divorciada ☐ 13 Viuda ☐ 14 Soltera ☐ 12 Casada ☐ 11 Se ignora ☐ 99
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Avenida Ricardo Flores Magón 46 Edif C 1
7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior
Colonia Guerrero Cuauhtémoc Ciudad de México 06131001
7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal
7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 04 Se ignora ☐ 99
9. NÚMERO DE HIJOS (AS)
9.1 Nacidos Muertos (as) 00 Se ignora ☐ 99
9.2 Nacidos Vivos (as) 02 Se ignora ☐ 99
9.3 Sobrevivientes 02 Se ignora ☐ 99
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo ☐ 1 No ☒ 2 Vive aún ☐ 10
Muerto ☐ 2 Se ignora ☐ 99 No ha tenido otros hijos (as) ☐ 3 Se ignora ☐ 99
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) 02 Se ignora ☐ 99
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 Recibió atención? ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta 1 0 2 3 Se ignora ☐ 99
12.3 Total de consultas recibidas
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? ☒ 1 No ☐ 2 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8
IMSS ☒ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Prospera ☐ 10 Se ignora ☐ 99
14.1 Número de seguridad social o afiliación 9211923822-5
15. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☒ 7 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2
Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99
16. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar Se ignora ☐ 99 16.1 Trabaja actualmente ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 01 03 20 09 16 55
Día Mes Año Hora Minutos
18. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2
19. EDAD GESTACIONAL 37 Semanas
20. TALLA 47 Centímetros 21. PESO AL NACER 2615 Gramos
22.1 APGAR 89 (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN 10 (A los 5 minutos) 23. TAMIZ AUDITIVO 1 0 2
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG ☐ 1 No ☒ 2 24.2 Hepatitis B ☐ 1 No ☒ 2 24.3 (A) ☐ 1 No ☒ 2 24.4 (K) ☐ 1 No ☒ 2
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único ☒ 1 Gemelos ☐ 2 Tres o más ☐ 3
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO
a) Ninguna aparente CÓDIGO CIE
b) Una revisión del neonatal (complejidad)
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico ☐ 1 Distócico ☐ 2 → ¿Se usaron fórceps? ☐ 1 No ☐ 2 Cesárea ☒ 2 Otro ☐ 3 → Especifique:
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud ☐ 1 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 IMSS ☐ 2 Otra unidad pública ☐ 8
IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 10
28.1 Nombre de la unidad médica MEDICA CUALI S.C. Vía pública ☐ 11
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) D F S M P O 0 0 1 1 9 1 6 Hogar ☐ 12
28.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Otro lugar ☐ 13
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico ☒ 1 Gineco-obstetra ☒ 11 Otro especialista* ☐ 12 Residente ☐ 13 General ☐ 14 MPSS ☐ 15 -MIP ☐ 16
Enfermera ☐ 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ☐ 3 Partera ☐ 4 Otro* ☐ 8 *Especifique:
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Calle Sur 22 277
30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la vivienda 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior
Colonia Agrícola Oriental 06151001
30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal
30.8 Localidad Iztacalco Ciudad de México 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa 30.11 Teléfono

31. NOMBRE Ixchel Blancas Cestillo
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido
32. CERTIFICADO POR Médico ☐ 1 gineco-obstetra ☐ 7 Otro médico* ☒ 2 Enfermera ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ☐ 4 Partera ☐ 5 Autoridad civil* ☐ 6 Médico General
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional 5849597 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
35. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Sur 22 277
35.1 Tipo de vivienda 35.2 Nombre de la vivienda 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior
Colonia Agrícola Oriental 06151001
35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal
35.8 Localidad Iztacalco Ciudad de México 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono
36. FIRMA [Firma] 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02 03 20 19
Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE
[Huella] [Huella]
Medica Cual, S. C.
Centro Único de Atención
Sur 22, 277 Del Agrícola Oriental C. P. 0659
Ciudad de México, D. F. Tel: 5709-7395
R.F.C. MCUI-111201-AP0

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.



024449620