



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

Modulo 2010
FOLIO

017566485

Vanessa

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE Nombre(s) <u>Antonia</u> Apellido paterno <u>Ochoa</u> Apellido materno <u>Perez</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Iztapalapa</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) _____	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>13</u> Mes <u>06</u> Año <u>1983</u>	4. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" 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 5.1 Calle y número <u>U2 Andador 4B Numero 22</u> 5.2 Colonia <u>Ejército de Oriente</u> 5.3 Localidad <u>Distrito Federal</u> 5.6 Teléfono <u>57786340</u>	
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>012</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) <u>012</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 8.2 Sobrevivientes <u>012</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> 1 → 9.1 Vive aún Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Muerto (a) <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 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>012</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? Sí <input checked="" 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>1</u> Primero <input checked="" 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>1016</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
12. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <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>00PA830613</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 checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10	
15. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Archivista</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 Trabaja actualmente Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	

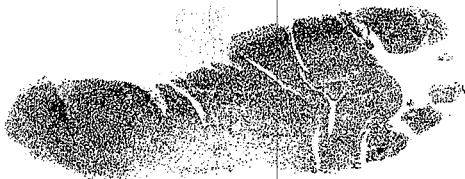
DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día <u>19</u> Mes <u>08</u> Año <u>2015</u> Hora <u>17</u> Minutos <u>31</u>		17. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	18. EDAD GESTACIONAL <u>37</u> Semanas
19. TALLA <u>48</u> Centímetros	20. PESO AL NACER <u>2010.0</u> Gramos	21.1 APGAR (a los cinco minutos) <u>719</u>	21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos) <u>1011</u>
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22.2 Hepatitis B Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22.3 (A) Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22.4 (K) Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 23.2 Auditivo Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3		CLAVE CIE _____	
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Probable Trisomía 21</u> b) <u>Probable Dismorfismo</u>			
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input type="radio"/> 1 Cesárea <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Oportunidades <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 27.1 Nombre de la unidad médica <u>HGJM My P</u> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>01E10000155</u>			
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" 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 Especifique _____			
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 29.1 Calle y número <u>Carrero de Chilpancingo Norte y Sur S/N</u> 29.2 Colonia <u>UH Ermita Zaragoza</u> 29.3 Localidad <u>Distrito Federal</u> 29.4 Municipio o delegación <u>Iztapalapa</u> 29.5 Entidad federativa _____			

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE Nombre(s) <u>Cesar Guillermo</u> Apellido paterno <u>Cruz</u> Apellido materno <u>Cruz</u>	
31. CERTIFICADO POR Médico <input checked="" 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>1072231</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 34.1 Calle y número <u>Carrero de Chilpancingo Norte y Sur S/N</u> 34.2 Colonia <u>UH Ermita Zaragoza</u> 34.3 Localidad <u>Distrito Federal</u> 34.4 Municipio o delegación <u>Iztapalapa</u> 34.5 Entidad federativa _____ 34.6 Teléfono <u>57321715</u>	
35. FIRMA <u>[Firma]</u>	36. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>19</u> Mes <u>08</u> Año <u>2015</u>

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



H. S. S. T. E.
HOSPITAL GENERAL
JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAV

SUBDIRECCIÓN
MÉDICA

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.

017566485

OCHOA PEREZ, ANTONIO

Fecha del reporte: 17/09/2015

Identificación 186864

Dirección: AND 4 B No 22 UH U DOS EJERCITO AGUA PRIETA CP 09578

Teléfono: 57736340

Fecha Inscripción: 07/09/2015

unidad medica: HOS. GRAL JOSE MARIA MORELOS Y PAVON

Folio certif nacim: 017566485

Nombre de la madre: OCHOA PEREZ ANTONIA

Fecha de nacimiento: 190815

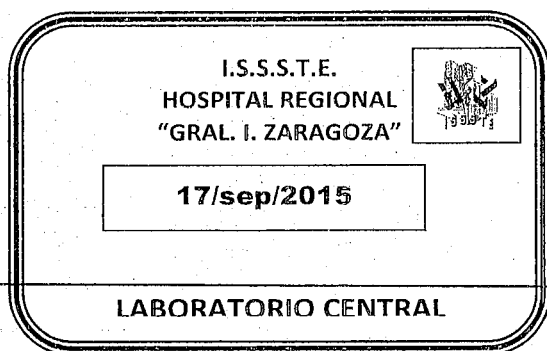
Edad gestacional: 37 SDG

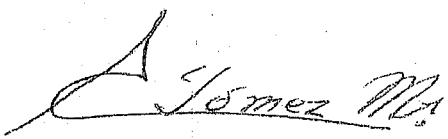
sexo: FEMENINO

Peso: 2000

Resultados de los ensayos indicados.

Muestra: 186864		Extracción: 24/08/2015	Recepción: 07/09/2015	Papel de filtro
Ensayo	Fecha	Resultado		
UMELISA 17OHP Progesterona	15/09/2015	Normal	31.84 nmol/L	
UMTEST PKU (3mm)	14/09/2015	Normal	1.91 mg/dL	
UMELISA TSH Neonatal	15/09/2015	Normal	0.00 mUI/L sangre total	
UMELISA T4 Neonatal	15/09/2015	Normal	348.73 nmol/L	
UMTEST Galactosemia	15/09/2015	Normal	0.00 mg/dL	
UMTES Biotinidasa	17/09/2015	Normal	Purpura	




Q.F.B. Antonio C. Gomez Monjaras

Firma y cuño

Página 1

Jefe de Laboratorio Clínico
Ced. Prof. 395056

Cap