



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

024459684

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE <u>Erica Beten Timenez Ruiz</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>TRRE780617MDFWZR08</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Itzapalapa</u> 2.1 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>17/06/1978</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>40</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 13 Separada <input type="radio"/> 18 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input type="radio"/> 12 Casada <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Ciudad de México</u> 7.1 Tipo de vivienda <u>Plaza Tenexpa</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>23</u> 7.3 Num. Exterior <u>02020</u> 7.4 Num. Interior <u>02020</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Itzapalapa</u> 7.7 Código Postal <u>5530763707</u> 7.8 Localidad <u>Ciudad de México</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 7.10 Entidad federativa <u>5530763707</u> 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>
10. EL (LA) HIJO (A) Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> 10.1 Vive aún <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> 10.2 No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 10.3	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 ISSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 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"/> IMSS Prospera <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 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 La escolaridad seleccionada es Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Aditiver Cooperativa</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>22/04/2019</u> <u>08:07</u> Día Mes Año Hora Minutos	
18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	
19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> Semanas	
20. TALLA <u>155</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3.900</u> Gramos
22. APGAR <u>10</u> (A los 5 minutos)	23. SILVERMAN <u>10</u> (A los 5 minutos)
24. TAMIZ AUDITIVO <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3
26. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 26.1 BCG <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 26.2 Hepatitis B <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 26.3 (A) <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 26.4 (K) <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna aparente</u> b) <u></u>	
28. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4 → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Cesárea <input checked="" type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 8 → Especifique:	
29. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS Prospera <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 5 Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 10 29.1 Nombre de la unidad médica <u>Clinica San Rafael</u> 29.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 29.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12 Otro lugar <input type="radio"/> 13	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 → Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro 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 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:	
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Colonia</u> 31.1 Tipo de vivienda <u>De la Viga</u> 31.2 Nombre de la vivienda <u>1529</u> 31.3 Num. Exterior <u>0901819</u> 31.4 Num. Interior <u>0901819</u> 31.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 31.6 Nombre del asentamiento humano <u>Unidad Modelo</u> 31.7 Código Postal <u>5530763707</u> 31.8 Localidad <u>Itzapalapa</u> 31.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 31.10 Entidad federativa	
32. NOMBRE <u>Erica Hernández Villalón</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
33. CERTIFICADO POR Médico pediatra <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"/> 8 *Especifique:	
34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>2814547</u> Número de cédula profesional	
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 35.1 Nombre de la unidad médica <u>San Rafael</u> 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
36. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Colonia</u> 36.1 Tipo de vivienda <u>De la Viga</u> 36.2 Nombre de la vivienda <u>1529</u> 36.3 Num. Exterior <u>0901819</u> 36.4 Num. Interior <u>0901819</u> 36.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 36.6 Nombre del asentamiento humano <u>Unidad Modelo</u> 36.7 Código Postal <u>5530763707</u> 36.8 Localidad <u>Itzapalapa</u> 36.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 36.10 Entidad federativa	
37. FIRMA <u>Erica Hernández Villalón</u> 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>23/04/2019</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

CLINICA SAN RAFAEL

23 ABR 2019

RFC YICR 560608 BF2
Calz de la Viga 1529 Col U Modelo
5646 1229 5646 7130

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 DE LOS PARTICULARES.

024459684