



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

Modelo 2010
FOLIO
017577867

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PROXIMOS 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.

1. NOMBRE <u>Concepción Nalleli</u> Nombre(s) <u>Rico</u> Apellido paterno <u>Rodriguez</u> Apellido materno	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Miguel Hidalgo</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Distrito Federal</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>21/10/1985</u> Día Mes Año	
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>Almiga #24 Int. 5</u> 5.2 Colonia <u>Caracas</u> 5.3 Localidad <u>Distrito Federal</u> 5.4 Municipio o delegación <u>Verustiano Carranza</u> 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>Distrito Federal</u> 5.6 Teléfono <u>57634688</u>	
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 8.2 Sobrevivientes <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACÍO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> 1 → 9.1 Vive aún Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Muerto (a) <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 3	
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? <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 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>04</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, escribe 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 SEVAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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>Hogar</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	
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>01/10/2015 09:33</u> Día Mes Año Hora Minutos	
17. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	
18. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas	
19. TALLA <u>146</u> Centímetros	
20. PESO AL NACER <u>3210</u> Gramos	
21.1 APGAR (a los cinco minutos) <u>09</u>	
21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos) <u>09</u>	
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.2 Hepatitis B <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.3 (A) <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.4 (K) <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 23.2 Auditivo <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO CLAVE CIE	
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input checked="" type="radio"/> 1 Cesárea <input type="radio"/> 2 Fórceps <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 6 Especifique	
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Oportunidades <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 27.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital de la Mujer</u> 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
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>Real de San Mateo 374</u> 29.2 Colonia <u>Santo Tomás</u> 29.3 Localidad <u>Distrito Federal</u> 29.4 Municipio o delegación <u>Miguel Hidalgo</u> 29.5 Entidad federativa <u>Distrito Federal</u>	
30. NOMBRE <u>Maricela</u> Nombre(s) <u>Carrón</u> Apellido paterno <u>López</u> Apellido materno	
31. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="radio"/> 1 Médico gineco-obstetra <input checked="" 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 Número de cédula profesional <u>7933001</u>	
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>Real de San Mateo 374</u> 34.2 Colonia <u>Santo Tomás</u> 34.3 Localidad <u>Distrito Federal</u> 34.4 Municipio o delegación <u>Miguel Hidalgo</u> 34.5 Entidad federativa <u>Distrito Federal</u> 34.6 Teléfono	
35. FIRMA <u>[Firma]</u>	
36. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>01/10/2015</u> Día Mes Año	

DATOS DEL CERTIFICANTE

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL DE LA MUJER

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ

ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, ver excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.
- Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.
- Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.
- La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.
- Para las instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, elabore tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.
- Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.
- Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre (s), seguido de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.
- LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".
- RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de éste.
- NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.
- NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS).** Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "00" (ceros). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo: la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
- NÚMERO DE HIJOS (AS).** Anote en 3.1 el total de hijos (as) nacidos (as) vivos (as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo el nacimiento actual. En 3.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo este nacimiento.
- EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ.** Si este es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) anterior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.
- ORDEN DE NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponda a cada producto.
- ATENCIÓN PRENATAL.** 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ¿VIVE LA MADRE?** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.
- ESCOLARIDAD.** Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobado. Si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 15.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo o labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.
- FECHA Y HORA DE NACIMIENTO.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: 00.00.00.
- SEXO.** Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) afección (es) en la variable 25.
- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.
- PESO AL NACER.** Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos: 2.350.0 Gramos.
- APGAR.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.
- SILVERMAN.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero.
- APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO.** Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.
- TAMIZ NEONATAL.** Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).
- ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, enfermedades y anomalías cromosómicas, así como afecciones originadas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente".
- PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO.** Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o si empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especificar en el espacio contiguo.
- SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?** En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLAVE CORRESPONDIENTE.

FE DE ERRATAS:

1) Núm. de pregunta 8.2.25 Corrección Iztapalapa, 03.03, Aparentemente ninguna, Dr. Benjamin Orozco Zuñiga 3159692 Subdirector medico

2) Núm. de pregunta _____ Corrección _____

3) Núm. de pregunta _____ Corrección _____

Sello oficial de la Institución

Firma