



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
FOLIO

024527274

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE <u>Jimna Estefanía / Ramírez Jimena</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>HEN92061940FRMNO4</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Ciudad de México</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>19061992</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>23</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 ¿Había 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 checked="" type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Avenida de los Angeles</u> 7.1 Tipo de vivienda <u>Nueva construcc</u> 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Exterior <u>55</u> 7.4 Núm. Interior <u>02139</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Asentamiento humano</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 7.7 Código Postal <u>555318335</u> 7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 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>00</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) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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>06</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleado</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

DATOS DE LA MADRE

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>24/10/2019</u> <u>03:49</u> Día Mes Año Hora Minutos	18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas
20. TALLA <u>50</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3500</u> Gramos	22.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>09</u>
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.2 Hepatitis B <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.3 (A) <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 24.4 (K) <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>		23. TAMIZ AUDITIVO SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna Anomalia</u> b)		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> → Especifique		
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		28.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de México</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>AF551000534</u>
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input type="radio"/> → Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro especialista <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique:		Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>CALLE LAGO ONTARIO</u> 30.1 Tipo de vivienda <u>TACUBA</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Colonia</u> 30.3 Núm. Exterior <u>115</u> 30.4 Núm. Interior <u>03410</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Niguna Anomalia</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 30.7 Código Postal <u>555318335</u> 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa		

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE <u>Gina Parag Casanillo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> *Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1006499</u> Número de cédula profesional	
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>CALLE LAGO ONTARIO</u> 35.1 Tipo de vivienda <u>TACUBA</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Colonia</u> 35.3 Núm. Exterior <u>115</u> 35.4 Núm. Interior <u>03410</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Niguna Anomalia</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 35.7 Código Postal <u>555318335</u> 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono	
36. FIRMA 	37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>24/10/2019</u> Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL TACUBA
★ 31 OCT 2019 ★
DELEG. ZONA PONIENTE
RELACIONES PÚBLICAS
SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

PRESENTE A LA MADRE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL