



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
FOLIO

020037210

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE		Lizet Flores Vazquez	
Nombre (s)		Primer Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)		Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO		Iztapalapa Ciudad de México	
2.1 Municipio o delegación		2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO	4. EDAD	5.1 ¿Se considera indígena?	5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?
08/05/1979		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
Día Mes Año	Años	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			
Calle Colima manzana 8 lote 29			
7.1 Tipo de vivienda			
7.2 Nombre de la vivienda			
7.3 Núm. Exterior			
7.4 Núm. Interior			
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)		10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ	
0.2 Se ignora <input type="radio"/>		Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/>	
9. NÚMERO DE HIJOS (AS)		10.1 Vive aún: Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
9.1 Nacidos Muertos (as) 0.0 Se ignora <input type="radio"/>		11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples)	
9.2 Nacidos Vivos (as) 0.2 Se ignora <input type="radio"/>		10.2 Se ignora <input type="radio"/>	
9.3 Sobrevivientes 0.2 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. ATENCIÓN PRENATAL		12.3 Total de consultas recibidas	
12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4.2 Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
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 Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		FOVL 790508/2	
15. ESCOLARIDAD		15.1 La escolaridad seleccionada es:	
Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL		16.1 Trabaja actualmente	
profesora		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		18. SEXO		19. EDAD GESTACIONAL	
1.5.04.2016 10:55		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		3.8 Semanas	
20. TALLA		21. PESO AL NACER		22.1 APGAR	
49 Centímetros		2900 Gramos		(A los 5 minutos)	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		24.2 Hepatitis B		24.3 (A) Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
24.1 BCG Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		24.4 (K) Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO		CÓDIGO CIE	
a) <input type="radio"/> b) <input type="radio"/>		Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>		Uso exclusivo del personal codificador	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO		28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO		28.1 Nombre de la unidad médica	
Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> ¿Se usaron forceps? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: Hospital Regional 2016		Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Oportunidades <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO		30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO		30.1 Tipo de vivienda	
Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input 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: <input type="radio"/>		Colonias Ignacio Zaragoza		30.2 Nombre de la vivienda	
		30.3 Núm. Exterior		30.4 Núm. Interior	
		30.5 Tipo de asentamiento humano		30.6 Nombre del asentamiento humano	
		30.7 Código Postal		30.8 Localidad	
		30.9 Municipio o delegación		30.10 Entidad federativa	

31. NOMBRE		32. CERTIFICADO POR	
Lina Luna Montes		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: <input type="radio"/>	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	
3229851		34.1 Nombre de la unidad médica	
Número de cédula profesional		34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO		35.1 Tipo de vivienda	
Colonias Ignacio Zaragoza		35.2 Nombre de la vivienda	
		35.3 Núm. Exterior	
		35.4 Núm. Interior	

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



020037210

30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Colonia 30.1 Tipo de vialidad Eje 5 30.2 Nombre de la vialidad Constitucionalista 30.3 Núm. Exterior 1510 30.4 Núm. Interior 41210

30.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 30.6 Nombre del asentamiento humano Estafapalques 30.7 Código Postal 52100

30.8 Localidad Colonia 30.9 Municipio o delegación Estafapalques 30.10 Entidad federativa Estado de México

31. NOMBRE Lina Luna Montes
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido

32. CERTIFICADO POR Médico pediatra ☒ Médico Gineco-obstetra ☐ Otro médico* ☐ Enfermera ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ☐ Partera ☐ Autoridad civil* ☐ *Especifique _____

33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 32791551 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
Número de cédula profesional 34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

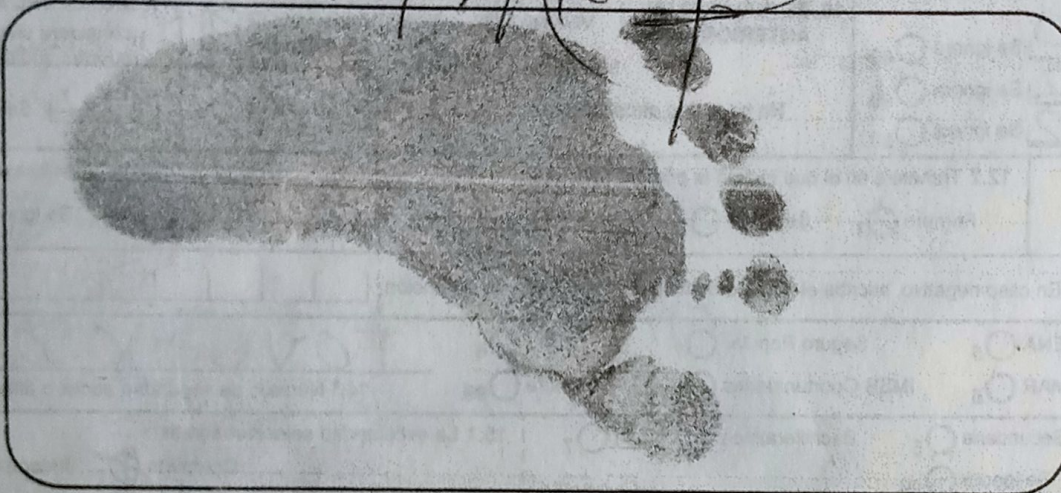
35. DOMICILIO Y TELÉFONO Colonia Ignacio Zaragoza 1510
35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior

35.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 35.6 Nombre del asentamiento humano Estafapalques 35.7 Código Postal 52100

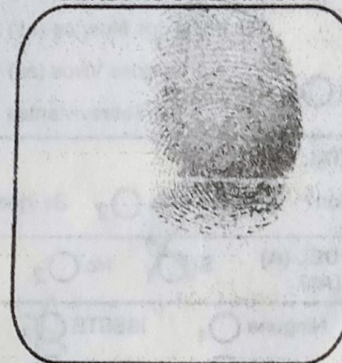
35.8 Localidad Colonia 35.9 Municipio o delegación Estafapalques 35.10 Entidad federativa Estado de México 35.11 Teléfono 52100

36. FIRMA [Firma] 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 15/04/2016
Día Mes Año

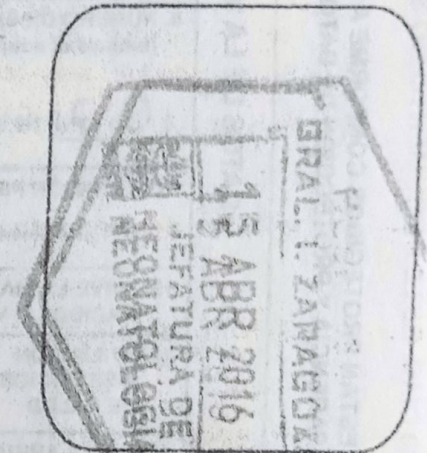
HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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