



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

024517387

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE ALMA ROSA TEPICUAPAN CHATCATL  
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido  
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) TECA860801MCPH200  
2. LUGAR DE NACIMIENTO Ciudad de México  
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)  
3. FECHA DE NACIMIENTO 01/08/1986 4. EDAD 33 5.1 ¿Se considera indígena? No 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? No 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?  
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre 15 Separada 16 Divorciada 13 Viuda 14 Soltera 12 Casado 11  
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Colonia Puente de Alcatraz 3 7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Número de la vivienda  
7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Municipio o delegación 7.8 Entidad federativa  
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 02 Se ignora 99  
9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) 00 Se ignora 99 9.2 Nacidos Vivos (as) 02 Se ignora 99 9.3 Sobrevivientes 02 Se ignora 99  
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) Si Muerto (a) No No ha tenido otros hijos (as) No Se ignora 99  
11. ORDEN DEL NACIMIENTO 02 Se ignora 99  
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si No No Se ignora 99 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero Segundo Tercero Se ignora 99 12.3 Total de consultas/recepciones 08 Se ignora 99  
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si No No 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción  
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 TECA860801 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Prospera 10 Se ignora 99 14.1 Número de seguridad social afiliado  
15. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 08 15.1 La escolaridad seleccionada es Profesional 08 Posgrado 10 Se ignora 99 Comanda 15.2 ¿Está estudiando? No  
16. OCUPACIÓN HABITUAL EMPLEADA Se ignora 99 16.1 Trabaja actualmente Si No No Se ignora 99

DATOS DE LA MADRE

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 02/09/2019 11:16 18. SEXO Mujer 19. EDAD GESTACIONAL 39 Semanas  
20. TALLA 49 Centímetros 21. PESO AL NACER 3000 Gramos 22.1 APGAR 9 22.2 SILVERMAN 0 23. TAMIZ AUDITIVO No  
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si No No 24.2 Hepatitis B Si No No 24.3 (A) Si No No 24.4 (K) Si No No 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único Si Gemelos No Tres o más No  
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) NINGUNA APARENTE b) NINGUNA  
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico 01 Distócico 04 ¿Se usaron fórceps? Si No No Cesárea Si Otro 08 Especifique Hospital General Tacuba  
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud 01 ISSSTE 03 SEDENA 06 IMSS Prospera 02 Otra unidad pública 08 Unidad médica privada 10 28.1 Nombre de la unidad médica 0151000534 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)  
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico Si Gineco-obstetra 04 Otro especialista 12 Residente 13 General 14 MPSS 15 MIP 16 Enfermera 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 03 Partera 04 Otro 08 Especifique  
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Lago Ontano 30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la vivienda 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior  
Colonia Tacuba 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal 115410  
Miguel Hidalgo 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa Ciudad de México

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

31. NOMBRE GINA PAUG CASTILLO Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido  
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra 01 Médico gineco-obstetra 07 Otro médico 02 Enfermera 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Partera 05 Autoridad civil 08 Especifique 1006495  
33. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO Si 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO HOSPITAL GENERAL TACUBA 34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)  
35. DOMICILIO Y TELÉFONO Lago Ontano 35.1 Tipo de vivienda 35.2 Nombre de la vivienda 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior  
Colonia Tacuba 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal 115410  
Miguel Hidalgo 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa Ciudad de México  
36. FIRMA [Firma] 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02/09/2019 Día Mes Año

DATOS DEL CERTIFICANTE

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL ODO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

I.S.S.S.T.E.  
HOSPITAL TACUBA  
05 SEP 2019  
DELEG. CUERPO FUENTE  
RELACIONES PUBLICAS  
SELLO OFICIAL DE LA  
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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

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.



024517387



## INSTRUCCIONES GENERALES:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez comprobado el parto y el estado madre-niño.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre (que preferentemente contenga su domicilio).
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atiende el parto, una vez que el parto, cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello por la autoridad sanitaria competente.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto nacido vivo, elaborando tantos certificados como productos nacidos vivos resulten del nacimiento.
- Una vez expedido, la entrega de este certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose al original a la madre con la instrucción de llevarlo a los registros de Partos, así como remitir a correspondiente Acta de Nacimiento.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre y su documento de identificación para el registro, además de este certificado, en caso necesario, auxíliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gall) usando letra de molde clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras, para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS" (ver pág. 14) y anotarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción, excepto la pregunta número 14.
- Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla, si existe una opción "Se ignora" marque la opción "Se ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0, 1, 2, 3) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener respuestas como: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 00.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato dd/mm/aa, completando con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito, es decir: 01/02/03.
- Para las preguntas con opciones que tengan " (astérisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vía pública (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Pasadizo, Boulevard, Nombre de la vía pública (ej. Exterior de 190) y Interior si aplica (21, 24, 25). Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Pueblo, Ejido, Ranchería, Pueblo Unido, etc.). Número del asentamiento humano. Código Postal. Localidad. Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "comunidad, conchudo".
- Forma en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del nacido vivo y la huella del pulgar derecho de la madre, en caso de no contar con el mismo, derecho registre la huella del pulgar izquierdo.
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el(s) nombre(s) seguido del primer y segundo apellido, tal cual aparece en su identificación oficial. En la pregunta 1.1 **CURP** agote los recursos disponibles para obtenerla.
- LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación y de la entidad federativa donde nació la madre. Si esta nació en el extranjero, seleccione en blanco la pregunta 1.2 y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre y la fecha de nacimiento del nacido vivo.
- EN 5.1, marque si la madre se considera o no indígena.** En 5.2 indique si la madre habla alguna lengua indígena y en caso afirmativo especifique en 5.3 la lengua.
- RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre y el teléfono donde se la pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de este.
- 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 nacidos vivos, nacidos muertos (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos, molas y embarazos ectópicos). Además debe incluir este último embarazo.
- NÚMERO DE HIJOS(A)S.** Anote en 9.1 el total de hijos(as) nacidos muertos(as) (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos, molas y embarazos ectópicos), si la mujer no ha tenido hijos(as) nacidos muertos(as), anote 00. Escriba en 9.2 el total de hijos(as) nacidos vivos(as) que ha tenido la madre, incluyendo al que se está certificando (sin importar que alguno de estos después falleceran). En 9.3 anote cuántos de los hijos(as) registrados en 9.2 sobreviven, incluyendo al nacido vivo(a) que se está certificando.
- ¿FUE LA HIJO(A) ANTERIOR NACÍO?** Si este es el primer hijo(a) marque "No ha tenido otros hijos(as)". Independientemente si se trata de un embarazo múltiple. Si el hijo(a) anterior nació vivo(a) marque la opción "vivo(a)" y en 12.1 anote si este vive o no. Si el hijo(a) anterior nació muerto(a) marque la opción "muerto(a)" y omita la respuesta de 12.2.
- ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacido vivo que se certifica, considerando como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los nacidos vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponde a cada producto.
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 12.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ¿VIVE LA MADRE DEL NACIDO(A) VIVO(A)?** Seleccione "No" si la madre falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 12.4 el número de folio del Certificado de Defunción de la madre.
- AFLIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Una persona puede tener más de una afiliación o derechohabencia, por lo que es importante marcar todas las opciones y marcar las señaladas por la madre (admite hasta dos respuestas). Cuando la madre tenga al menos una afiliación o derechohabencia, anotar en 14.2 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.
- ESCOLARIDAD.** Si la madre no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna". En caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios y en 15.2 indique si la escolaridad seleccionada en 15.1 es completa o incompleta.
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre (ej. enfermera, secretaria, mesera, maestra). En 16.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo remunerado, 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, cuidados de los hijos, a estudiar, sea rentista, jubilada, etc.
- FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.** Anote el día, mes, año y hora de ocurrencia del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato hh:mm:ss, usando la escala de 24 horas (ej. si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 00:00:05).
- SEXO.** Si no es posible definir el sexo del nacido vivo, omita la respuesta y asegúrese de anotar la(s) opción(es) en la variable 28.
- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por Capurra, si esto no es posible calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- PESO AL NACER.** Anote el peso del nacido vivo expresado en gramos (ej. si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos anote 2350).
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponde al número total de productos (nacidos vivos o muertos) de este parto. Si el embarazo es múltiple se debe expedir un Certificado de Nacimiento por cada producto nacido vivo, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento.
- ANOMALÍAS CONGENITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el nacido vivo presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el período prenatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna anomalía". Deje en blanco el recuadro sombreado en gris para "uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente que corresponda.
- RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponde a la resolución utilizada para atender el nacimiento: autístico, distócico (para este además marque si se usaron fórceps o no), cesárea u otro (en este último caso especifique en el espacio contiguo).
- PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por un médico, marque la opción "Médico" y asegure seleccionar el tipo de médico (General, Gineco-obstetra, Otro, especialista, General, Médico Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médico Interno de Pregrado -MIP-), en caso contrario marque del resto de las opciones, la adecuada. Cuando aplique (opciones con \*) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por un Médico Pasante en Servicio Social, seleccione la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con \*) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA.** Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 34.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 34.2 la CIEES correspondiente.

### FE DE ERRATAS

En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre: nombre(s) y apellidos

- 1) Núm. de pregunta: \_\_\_\_ Corrección: \_\_\_\_\_
- 2) Núm. de pregunta: \_\_\_\_ Corrección: \_\_\_\_\_
- 3) Núm. de pregunta: \_\_\_\_ Corrección: \_\_\_\_\_

Responsable de la corrección:

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Firma:

Sello oficial de la Unidad Médica