



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO 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.

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE	Enka		Núñez		Ramos	
Nombre (s)		Apellido paterno		Apellido materno		
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) INUR1E179011218IMDFXIM409U Se ignora 0 99						
2. LUGAR DE NACIMIENTO						
2.1 Municipio o delegación		Distrito Federal				
2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)						
3. FECHA DE NACIMIENTO		4. ESTADO CONYUGAL				
28/01/1979		En unión libre 0 15 Separada 0 16 Divorciada 0 13 Viuda 0 14 Soltera 0 12 Casada 0 11 Se ignora 0 99				
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		5.3 Localidad				
5.1 Calle y número		5.2 Colonia		5.6 Teléfono		
5.4 Municipio o delegación		5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		5.8 Teléfono		
5.7 Localidad		5.9 Teléfono				
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)						
01		Se ignora 0 99				
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS)						
01		Se ignora 0 99				
8. NÚMERO DE HIJOS (AS)						
8.1 Nacidos (as) vivos (as)		Se ignora 0 99				
8.2 Sobrevivientes		Se ignora 0 99				
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO						
Vivo (a) 0 1		Muerto (a) 0 2				
No ha tenido otros hijos (as) 0 3		Se ignora 0 9				
10. ORDEN DEL NACIMIENTO						
11.1 Recibió atención?		11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta				
Si 0 1 No 0 2 Se ignora 0 9		Primero 0 1 Segundo 0 2 Tercero 0 3 Se ignora 0 9				
12. ¿VIVE LA MADRE?						
Si 0 1 No 0 2		13.1 Número de seguridad social o afiliación				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.2 Total de consultas recibidas				
Ninguna 0 1 ISSSTE 0 3 SEDENA 0 5 Seguro Popular 0 7 Otra 0 8		Se ignora 0 99				
14. ESCOLARIDAD		15.1 Trabaja actualmente				
Ninguna 0 1 Primaria incompleta 0 2 Secundaria incompleta 0 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 0 6 Profesional 0 8 Se ignora 0 99		Si 0 1 No 0 2 Se ignora 0 9				
15. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora 0 99				
Secretaria						

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		17. SEXO		18. EDAD GESTACIONAL	
18/06/2015 00:12:01		Hombre 0 1 Mujer 0 2		40 Semanas	
19. TALLA		20. PESO AL NACER		21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)	
152 Centímetros		3.378 Gramos		100	
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		23. TAMIZ NEONATAL		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO	
22.1 BCG Si 0 1 No 0 2		23.1 Metabólico Si 0 1 No 0 2		Único 0 1 Gemelar 0 2 Tres o más 0 3	
22.2 Hepatitis B Si 0 1 No 0 2		23.2 Auditivo Si 0 1 No 0 2		CLAVE CIE	
22.3 (A) Si 0 1 No 0 2		23.3 Auditivo Si 0 1 No 0 2			
22.4 (K) Si 0 1 No 0 2					
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO					
a) Ninguna aparente					
b)					
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO					
Parto normal 0 1 Cesárea 0 2 Fórceps 0 3 Otro 0 8 Especifique					
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO					
Secretaría de Salud 0 1 ISSSTE 0 4 SEDENA 0 6 Oportunidades 0 2		Otra unidad pública 0 8		27.1 Nombre de la unidad médica	
IMSS 0 3 PEMEX 0 5 SEMAR 0 7		Unidad médica privada 0 10		27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO					
Médico 0 1 Enfermera 0 2		Persona autorizada por la Secretaría de Salud 0 3		Partera 0 4 Otro 0 8	
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO					
29.1 Calle y número		29.2 Colonia		29.3 Localidad	
Avenida Felix Cuevas 504		Del Valle		Distrito Federal	
29.4 Municipio o delegación		29.5 Entidad federativa			
Benito Juárez					

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE		Araceli		Juárez		Astorga	
Nombre (s)		Apellido paterno		Apellido materno			
31. CERTIFICADO POR		32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?			
Médico pediatra 0 1 Médico gineco-obstetra 0 7 Otro médico 0 2 Enfermera 0 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 0 4 Partera 0 5 Autoridad civil 0 6 Especifique		7223985		33.1 Nombre de la unidad médica		33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
34. DOMICILIO Y TELÉFONO		35. FIRMA		36. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
34.1 Calle y número		34.2 Colonia		34.3 Localidad		34.6 Teléfono	
Avenida Felix Cuevas 504		Del Valle		Distrito Federal		52005003	
34.4 Municipio o delegación		34.5 Entidad federativa		34.7 Localidad		34.8 Teléfono	
Benito Juárez				18/06/2015			

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIEN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

C.M.N "20 DE NOVIEMBRE"

ISSSTE



NEONATOLOGÍA

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 aparecen 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 la 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 8.1 el total de hijos (as) nacidos (as) vivos (as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo el nacimiento actual. En 8.2 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, contase 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.
- AFLIACIÓN 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, márkuelo 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.
- 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) afeción (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 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, alateo 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 (a).
- ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones o 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 al nacimiento, especificando si fue normal o el 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 CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS:

1) Núm. de pregunta 4 Corrección *luna libre*

2) Núm. de pregunta Corrección

3) Núm. de pregunta Corrección

CMN 20 DE NOVIEMBRE
Sello oficial de la institución
1533TE

