

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

013637528

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 <u>Cristina Guzman Cota</u>	
2. CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>GUCG7110724MD FZTRBO</u>	
3. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Iztacalco</u> <u>Distrito Federal</u>	
4. FECHA DE NACIMIENTO <u>24/07/1977</u>	5. ESTADO CONYUGAL <input checked="" type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
6. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Calle 241-C N 9 Aguila Oriental</u> <u>Iztacalco</u> <u>Iztacalco</u> <u>Distrito Federal</u> <u>0455 4443 1576</u>	
7. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>03</u>	8. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) <u>01</u>
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> No ha tenido otros hijos (as)	10. FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO (A) ANTERIOR <u>01/01/1978</u>
11. ORDEN DEL NACIMIENTO <u>03</u>	12. ATENCIÓN PRENATAL <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
13. VIVE LA MADRE? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ama de Casa</u>	

## DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>18/08/2015</u> <u>16:05</u>		17. SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer	18. EDAD GESTACIONAL <u>40</u> Semanas
19. TALLA <u>51</u> Centímetros	20. PESO AL NACER <u>3.650</u> Gramos	21. APGAR (a los cinco minutos) <u>10/9</u>	22. SILVERMAN (a los cinco minutos) <u>10/2</u>
23. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO <input checked="" type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Tres o más <input type="checkbox"/>	
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO <u>Ninguna aparente</u>			
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> Parto normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especialista			
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <input checked="" type="checkbox"/> Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> Oportunidades <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Hospital Materno Infantil <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 27.1 Nombre de la unidad médica <u>DEFESA 003705</u> <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>			
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifica			
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Estadio 307</u> <u>Felipe Angeles Venustiano Carranza</u> <u>Venustiano Carranza</u> <u>Distrito Federal</u>			

## DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE <u>Antonio Reyes Cancino</u>	
31. CERTIFICADO POR <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Médico gineco-obstetra <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Especifica	
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>620702</u>	33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? <u>DEFESA 003705</u>
34. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Estadio 307</u> <u>Felipe Angeles Venustiano Carranza</u> <u>Venustiano Carranza</u> <u>Distrito Federal</u> <u>5795 4281</u>	
35. FIRMA <u>[Firma]</u>	36. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>19/08/2015</u>

HUELLA DEL PIE DE DERECHO DEL REGÉN NACIDO

HUELLA DEL ODO PULGAR DE DERECHO DE LA MADRE



SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ