

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 POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

027195776

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE NACIMIENTO  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015  
FOLIO  
027195776

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE: Alejandra Perez Galvan  
1.1 CI AVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): PLEGIA9308114MDFRL405 Se ignora 099  
2. LUGAR DE NACIMIENTO: Constanza A. madero Distrito federal  
3. FECHA DE NACIMIENTO: 14/08/1993 4. EDAD: 27 5.1 ¿Se considera indígena? Si 01 No 02 Se ignora 09 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si 01 No 02 Se ignora 09 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?  
6. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 015 Separada 016 Divorciada 013 Viuda 014 Soltera 012 Casada 011 Se ignora 099  
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: Calle Chacito m29148 G 100 Colonia La Florida 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): 02 Se ignora 099 9. NÚMERO DE HIJOS (AS): 9.1 Nacidos Muertos (as) 01 Se ignora 099 9.2 Nacidos Vivos (as) 01 Se ignora 099 9.3 Sobrevivientes 01 Se ignora 099 10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO: Vivo (a) 01 → 10.1 Vive aún: Si 01 No 02 Se ignora 09 Muerto (a) 02 No ha tenido otros hijos (as) 03 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples): 02 Se ignora 099  
12. ATENCIÓN PRENATAL: 12.1 ¿Recibió atención? Si 01 No 02 Se ignora 09 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero 01 Segundo 02 Tercero 03 Se ignora 09 12.3 Total de consultas recibidas: 06 Se ignora 099  
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si 01 No 02 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 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Prospera 010 Se ignora 099 PEGIA930814/2 14.1 Número de seguridad social o afiliación  
15. ESCOLARIDAD: Ninguna 01 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 07 15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 01 Incompleta 02 Profesional 08 Posgrado 010 Se ignora 099 16.1 Trabaja actualmente: Si 01 No 02 Se ignora 09  
16. OCUPACIÓN HABITUAL: Administrativa Se ignora 099 16.2 Trabaja actualmente: Si 01 No 02 Se ignora 09

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 11/11/2020 10:47 18. SEXO: Hombre 01 Mujer 02 19. EDAD GESTACIONAL: 40 Semanas  
20. TALLA: 50 Centímetros 21. PESO AL NACER: 2750 Gramos 22.1 APGAR (A los 5 minutos): 09 22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos): 02 23. TAMIZ AUDITIVO: Si 01 No 02  
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 24.1 BCG Si 01 No 02 24.2 Hepatitis B Si 01 No 02 24.3 (A) Si 01 No 02 24.4 (K) Si 01 No 02 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Único 01 Gemelar 02 Tres o más 03  
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: Ninguna aparente  
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico 01 Distócico 04 → ¿Se usaron fórceps? Si 01 No 02 Cesárea 02 Otro 08 → Especifique:  
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud 01 ISSSTE 04 SEDENA 06 IMSS Prospera 02 Otra unidad pública 08 Unidad médica privada 010 HRAEBI 28.1 Nombre de la unidad médica 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano 28.6 Nombre del asentamiento humano 28.7 Código Postal 28.8 Localidad 28.9 Municipio o delegación 28.10 Entidad federativa  
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico 01 → Gineco-obstetra 01 Otro especialista\* 012 Residente 013 General 014 MPSS 015 MIP 016 Enfermera 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud\* 03 Partera 04 Otro\* 08 \*Especifique:  
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: Calle Carreteras 30.1 Tipo de vivienda 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

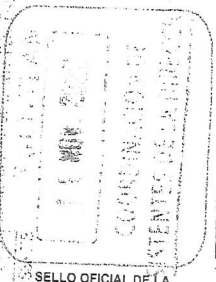
31. NOMBRE: Abril Danilo Alench Ortega  
32. CERTIFICADO POR: Médico pediatra 01 Médico gineco-obstetra 07 Otro médico\* 02 Enfermera 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud\* 04 Partera 05 Autoridad civil\* 06 \*Especifique:  
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 10902503 Número de cédula profesional 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: Calle Carreteras 35.1 Tipo de vivienda 35.2 Nombre de la vivienda 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono  
36. FIRMA: 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 11/11/2020

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



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