



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

FOLIO

029021142

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS.
POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO VIGESIMO) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE Karla Ivone Valdivia Anduaga	
1.1 CLAVE (ARCA DE REGISTRO DE POBLACIÓN ACURP) VIAAKI818101108MIDILINIR1017	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o Alcaldía: Tlapalapa 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero): Distrito Federal	
3. FECHA DE NACIMIENTO 08/01/1988	4. EDAD 33
5. CONDICIÓN DE NACIMIENTO 5.1 ¿Se reconoció indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Fue alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especificar: _____	
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda: Conjunto Q casa-14 7.2 Tipo de asentamiento humano: Villas del Sol 7.3 Mún. Ext.: 550701 7.4 Mún. Int.: Colonia 7.5 Tipo de asentamiento humano: Catetec de Morelos 7.6 Nombre del asentamiento humano: Catetec de Morelos 7.7 Código Postal: 561755 7.8 Teléfono: 559599	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) 01	9. NÚMERO DE HIJOS (Incluye el actual) 01
10. LA (EL) MADRE (ANTERIOR) NACIÓ Vivida <input type="radio"/> Muerta <input checked="" type="radio"/> No ha vivido <input type="radio"/> Especificar: _____ 10.1 Vivir con: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11. ORDEN DEL NACIMIENTO (Considerar abortos, embriones, ectótopos) 01
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestres en el que recibió la primera consulta: Primer <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas: 02	
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDO VIVO? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> En caso negativo, escribir el número de folio del Certificado de Defunción: _____	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> BASS Bienestar <input type="radio"/> VAAK330103-2	
15. EDUCACIÓN Ninguna <input type="radio"/> Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Primer <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 16. OCUPACIÓN HABITUAL Pedagoga 16.1 Trabajo actual: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 17. EDAD DEL PADRE 32	
18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 28/05/2021 13:20	
19. SEXO: Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> 20. EDAD GESTACIONAL: 36 Semanas	
21. TALLA 148 Centímetros	22. PESO AL NACER 2340 Gramos
23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDO EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos): 08 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos): 10	
24. TÁMBE AUDITIVO Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.2 Hepatitis B: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.3 Vitamina A: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.4 Vitamina K: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input type="radio"/> Gemelar <input checked="" type="radio"/> Tri o más <input type="radio"/> Especificar: 1 de 2	
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDO VIVO a) ninguna aparente b) _____	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> BASS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica: HRAEBI 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 44161000425	
29. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO 10:10 Horas Minutos	
29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input checked="" type="radio"/> ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especificar: _____ Programado <input type="radio"/> Casero <input checked="" type="radio"/> De urgencia <input checked="" type="radio"/>	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> Enfermero <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especificar: _____ Especifique tipo de médico: Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro especialista <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MP <input type="radio"/>	
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda: Calle 31.2 Nombre de la vivienda: Lazaro Cardenas 31.3 Mún. Ext.: 4 31.4 Mún. Int.: Colonia 31.5 Tipo de asentamiento humano: Tultitlan 31.6 Nombre del asentamiento humano: Tultitlan 31.7 Código Postal: 555140 31.8 Localidad: Tultitlan 31.9 Municipio o Alcaldía: Tultitlan 31.10 Entidad federativa: Estado de Mexico	

32. NOMBRE Mayra Campos Rogero	
33. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> Médico Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Enfermero <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Especificar: _____	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional: 5336966	
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 35.1 Nombre de la unidad médica: _____ 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____	
36. DOMICILIO Y TELÉFONO 36.1 Tipo de vivienda: Calle 36.2 Nombre de la vivienda: Lazaro Cardenas 36.3 Mún. Ext.: 4 36.4 Mún. Int.: Colonia 36.5 Tipo de asentamiento humano: Tultitlan 36.6 Nombre del asentamiento humano: Tultitlan 36.7 Código Postal: 555140 36.8 Localidad: Tultitlan 36.9 Municipio o Alcaldía: Tultitlan 36.10 Entidad federativa: Estado de Mexico	
37. FIRMA	38. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28/05/2021

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE
TULTITLAN
08 JUN 2021
COORDINACIÓN DE
DE
SELO OFICIALE DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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