



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

FOLIO

030314630

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO. SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS.
POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4. PÁRRAFO IV) Y LA VIGENCIA DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL 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 <u>LARA GARCIA</u> <u>DIAL</u> <u>Emmanuel</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>P I Z L 9 0 0 5 0 4 4 D F Z M R O S</u>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Cuauhtémoc</u> <u>Distrito Federal</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>04.05.1990</u>	4. EDADE <u>31</u>
5. CONDICIÓN INSERNA 5.1 ¿Se inscribió en el registro? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
5.2 ¿Hubo registro en el registro? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6. SITUACIÓN CONYUGAL Contraído <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Calle</u> <u>Barrio</u> <u>Iman Bultura</u> <u>Venustiano Carranza</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5512796714</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) <u>06</u>	9. NÚMERO DE HUIJERES (Incluye el actual) 9.1 Nacidos en Maternidad <u>06</u> 9.2 Nacidos en Hospital <u>06</u> 9.3 Subsecuentes <u>06</u>
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (Incluye el actual) <u>06</u>	
11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
12. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDO VIVO? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
13. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguno <input type="radio"/> ASISTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Sep. Privado / INSSAI <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	
14. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Técnico terminal <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico terminal <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/>	
15. OCUPACIÓN HABITUAL <u>ABOGADA</u>	
16. EDAD DEL PADRE <u>30</u>	
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>12/11/2021</u> <u>06:24</u>	
18. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	
19. EDAD GESTACIONAL <u>37</u>	
20. TALLA <u>1.49</u>	21. PESO AL NACER <u>2.530</u>
22. ADEPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDO EN SUS PRIMEROS MINUTOS 22.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>09</u> 22.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) <u>09</u>	
23. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tri o más <input type="radio"/>	
24. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDO VIVO <u>NINGUNA APA 2ente</u>	
25. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría <input type="radio"/> ASISTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> BIENESTAR <input type="radio"/> Hospital <input checked="" type="radio"/> Hospital <u>San Carlos</u> Unidad médica <u>DF 5512796714</u>	
26. TIEMPO DE TRÁSAJO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>00:25</u>	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>	
28. 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 normal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/>	
29. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Calle</u> <u>Barrio</u> <u>Cuauhtémoc</u> <u>Ciudad de México</u>	

32. NOMBRE <u>Sergio Israel</u> <u>Zamora</u> <u>Servicio</u>	
33. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> Médico Gineco-obstetra <input type="radio"/> Cirujano pediatra <input type="radio"/> Enfermero <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD, NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL <u>8053849</u>	
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 (CUES)	
36. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calle</u> <u>Barrio</u> <u>Cuauhtémoc</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5512796714</u>	
37. FIRMA <u>[Firma]</u>	
38. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/11/2021</u>	

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

[Huella]

39. MADRE O GESTANTE
[Firma]
[Nombre]
[Domicilio]
[Teléfono]

SELO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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