



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

Modelo 2016

FOLIO

311

024460193

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS, ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA 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 Nombre (s) <u>Ana Fernanda</u> <u>Zempoalteca</u> <u>Hernandez</u> Primer Apellido Segundo Apellido | |
| 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>2 E H A 9 7 0 9 2 9 M O F M R N I O 1 7</u> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Gustavo A. Madero</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Distrito Federal</u> | |
| 3. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>29</u> <u>09</u> <u>1997</u> | 4. EDAD Años <u>21</u> |
| 5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? | |
| 6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> <u>1. Mejía</u> <u>Manzana 21</u> <u>Lot 20</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Liberales de 1857</u> 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Alvaro Obregón</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 7.7 Código Postal <u>55163</u> 7.8 Localidad <u>55163</u> 7.9 Municipio o delegación <u>55163</u> 7.10 Entidad federativa <u>55163</u> 7.11 Teléfono <u>55163</u> | |
| 8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> | 9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> |
| 10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 10.1 Vive aún: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: <u>Primero</u> <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas: <u>09</u> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción | |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación | |
| 15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es: <input checked="" type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> | |
| 16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajadores no calificados</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

| | | | |
|--|---|--|---|
| 17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día Mes Año Hora Minutos <u>27</u> <u>02</u> <u>2019</u> <u>00</u> <u>05</u> | | 18. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> | 19. EDAD GESTACIONAL <u>40</u> Semanas |
| 20. TALLA <u>50</u> Centímetros | 21. PESO AL NACER <u>2690</u> Gramos | 22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos) | 22.2 SILVERMAN <u>01</u> (A los 5 minutos) |
| 23. TAMIZ AUDITIVO <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> | | 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/> | |
| 25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>ninguna aparente</u> b) <u></u> | | | |
| 26. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: <u></u> | | | |
| 27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 27.1 Nombre de la unidad médica <u>Instituto Nacional de Perinatología</u> 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>0F55A004096</u> | | | |
| 28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro especialista <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: <u></u> | | | |
| 29. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> <u>Montes Urales</u> <u>800</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Lomas Virreyes</u> 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>miguel Hidalgo</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 30.7 Código Postal <u>55163</u> 30.8 Localidad <u>55163</u> 30.9 Municipio o delegación <u>55163</u> 30.10 Entidad federativa <u>55163</u> | | | |

DATOS DEL CERTIFICANTE

| | | |
|--|--|---|
| 31. NOMBRE Nombre (s) <u>Martha Hilda</u> <u>Rubio</u> <u>Cacique</u> Primer Apellido Segundo Apellido | | |
| 32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> *Especifique: <u></u> | | |
| 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>8551813</u> | | |
| 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica <u>Montes Urales</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>800</u> | | |
| 35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> <u>Montes Urales</u> <u>800</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Lomas Virreyes</u> 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>miguel Hidalgo</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 35.7 Código Postal <u>55163</u> 35.8 Localidad <u>55163</u> 35.9 Municipio o delegación <u>55163</u> 35.10 Entidad federativa <u>55163</u> | | |
| 36. FIRMA <u></u> | | 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>27</u> <u>02</u> <u>2019</u> |

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 OFICINA DEL REGISTRO CIVIL