



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

026583161

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DE LA MADRE

1 NOMBRE Abri Tomasa Diaz
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

11 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP) F I O D I A 9 1 1 0 4 0 4 M D F N Z B O 9 Se ignora ☐

2 LUGAR DE NACIMIENTO Benito Juárez Distrito Federal
7.1 Municipio o delegación 7.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)

3 FECHA DE NACIMIENTO 04/04/1991 4 EDAD 29
Día Mes Año Años

5.1 ¿Se considera indígena? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐

5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐

5.3 ¿Cual lengua indígena habla?

6 ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Soltera ☐ Casada ☒ Se ignora ☐

7 RESIDENCIA HABITUAL Y TELEFONO Colonia Perico Mz 13 Lt 14
7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Num. Exterior 7.4 Num. Interior

7.5 Tipo de asentamiento humano Iztacalco 7.6 Nombre del asentamiento humano 08640 7.7 Código Postal

7.8 Localidad Ciudad de México 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono

8 NUMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 05 Se ignora ☐

9 NUMERO DE HIJOS (AS) 04
9.1 Nacidos Muertos (as) 01 Se ignora ☐

9.2 Nacidos Vivos (as) 01 Se ignora ☐

9.3 Sobrevivientes 01 Se ignora ☐

10 EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) ☐ → 10.1 Vivo aún ☐ Muerto (a) ☒ No ☐ Se ignora ☐

No ha tenido otros hijos (as) ☐ Se ignora ☐

11 ORDEN DEL NACIMIENTO (contando vivos muertos, múltiples) 05 Se ignora ☐

12 ATENCION PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐

12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero ☒ Segundo ☐ Tercero ☐ Se ignora ☐

12.3 Total de consultas recibidas 09 Se ignora ☐

13 ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? ☒ Si ☐ No ☐ 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

14 AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Prospera ☐ Se ignora ☒

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15 ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☒ 15.1 ¿La escolaridad seleccionada es Completa ☒ Incompleta ☐ Profesional ☐ Pregrado ☐ Se ignora ☐

16 OCUPACION HABITUAL Hogar Se ignora ☐ 16.1 Trabaja actualmente ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17 FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 13/06/2020 11:48
Día Mes Año Hora Minutos

18 SEXO Hombre ☐ Mujer ☒

19 EDAD GESTACIONAL 40 Semanas

20 TALLA 52 Centímetros

21 PESO AL NACER 3550 Gramos

22 APGAR 10 (A los 5 minutos)

22.2 SILVERMAN 10 (A los 5 minutos)

23 TAMIZ AUDITIVO ☒ Si ☐ No ☐

24 APLICACION DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG ☒ Si ☐ No ☐ 24.2 Hepatitis B ☒ Si ☐ No ☐ 24.3 (A) ☐ Si ☐ No ☐ 24.4 (K) ☒ Si ☐ No ☐

Vitaminas

25 PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único ☒ Gemelar ☐ Tres o más ☐

26 ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) Ninguna aparente b)

27 RESOLUCION DEL EMBARAZO Eutócico ☐ Distócico ☐ → ¿Se usaron fórceps? ☐ Si ☐ No ☐ Cesárea ☒ Otro ☐ → Especifique:

28 SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria de Salud ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS ☐ Otra unidad pública ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☒

28.1 Nombre de la unidad médica Clinica Choperena 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIUES) DFSMIP0012260

29 PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO Médico ☐ → Gineco-obstetra ☒ Otro especialista ☐ Residente ☐ General ☐ MPSS ☐ MIF ☐ Enfermera ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Partera ☐ Otro ☐ *Especifique:

30 DOMICILIO DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO Avenida 10 25
30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la vivienda 30.3 Num. Exterior 30.4 Num. Interior

Colonia Ignacio Zaragoza 15000
30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal

Venustiano Carranza Ciudad de México
30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa 30.11 Teléfono

DATOS DEL CERTIFICANTE

31 NOMBRE Mario Abraham Choperena Ponce
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

32 CERTIFICADO POR Médico pediatra ☐ Médico gineco-obstetra ☐ Otro médico ☒ Enfermera ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Partera ☐ Autoridad civil ☐ *Especifique:

33 SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO 8230340 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 (CIUES)

35 DOMICILIO Y TELEFONO Avenida 10 25
35.1 Tipo de vivienda 35.2 Nombre de la vivienda 35.3 Num. Exterior 35.4 Num. Interior

Colonia Ignacio Zaragoza 15000
35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal

Venustiano Carranza Ciudad de México
35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono

36 FIRMA Abri

37 FECHA DE CERTIFICACION 13/06/2020
Día Mes Año

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

