



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
029126708

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

1. NOMBRE <u>Susana</u> Nombre (S)		<u>Garcia</u> Primer Apellido		<u>Ramirez</u> Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>6A1R5830406MDFRM3116</u>					
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Cuquhtemoc</u> 2.1 Municipio o Alcaldía <u>Distrito Federal</u> 2.2 Entidad federal o país (si es extranjera)					
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>06/04/1983</u> Día Mes Año		4. EDAD <u>38</u> Años		5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Se considera indígena? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Haba alguna lengua indígena? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique:	
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera <input type="radio"/> 12 En unión libre <input type="radio"/> 15 Casada <input checked="" type="radio"/> 11 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Se ignora <input type="radio"/> 99					
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Salto del Agua</u> 7.3 Núm. Ext. <u>49</u> 7.4 Núm. Int. <u>Colonia</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Metropolitano 2da Sección</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>57740</u> 7.7 Código Postal <u>Ciudad Nezahualcoyotl</u> 7.8 Localidad <u>Nezahualcoyotl</u> 7.9 Municipio o Alcaldía <u>Estado de México</u> 7.10 Entidad federativa <u>711</u> 7.11 Teléfono					
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		9. NÚMERO DE HIJAS/OS (Incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidas/os Vivas/os <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Vivo/a <input type="radio"/> 01 Muerto/a <input type="radio"/> 02 No ha tenido <input checked="" type="radio"/> 03 otras/os hijas/os 10.1 Vive aún SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99					
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? SI <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primer <input checked="" type="radio"/> 01 Segundo <input type="radio"/> 02 Tercero <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 12.3 Total de consultas recibidas <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99					
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? SI <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Otra <input type="radio"/> 08 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Bienestar <input type="radio"/> 10 14.1 Número de seguridad social o afiliación					
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 08 Primaria <input type="radio"/> 03 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 07 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 05 Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> 01 SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Incompleta <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Capturista</u> 16.1 Trabaja actualmente SI <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 17. EDAD DEL PADRE <u>46</u> Se ignora <input type="radio"/> 99					

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O Y DEL NACIMIENTO

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>06/11/2021</u> <u>17:35</u> Día Mes Año Horas Minutos		19. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02		20. EDAD GESTACIONAL <u>36</u> Semanas	
21. TALLA <u>510</u> Centímetros		22. PESO AL NACER <u>39135</u> Gramos		23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>09</u> 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) <u>00</u>	
24. TAMIZ AUDITIVO SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 25.2 Hepatitis B SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 25.3 Vitamina A SI <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 25.4 Vitamina K SI <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02			
26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 01 Gemelar <input type="radio"/> 02 Tres o más <input type="radio"/> 03 de *Especifique:					
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) <u>Ninguna aparente</u> b)					
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 IMSS Bienestar <input type="radio"/> 02 Otra unidad pública <input checked="" type="radio"/> 08 Clínica de Especialidades Nurgersi IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 28.1 Nombre de la unidad médica 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>110</u> Horas Minutos 29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO ¿Se usaron fórceps? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Otro <input type="radio"/> 03 Eutócico <input type="radio"/> 01 Distócico <input checked="" type="radio"/> 02 *Especifique: Programada <input checked="" type="radio"/> 01 Casárea <input checked="" type="radio"/> 03 De urgencia <input type="radio"/> 02					
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico/a <input checked="" type="radio"/> 01 Enfermero/a <input type="radio"/> 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 03 Partera/a* <input type="radio"/> 04 Otro/a* <input type="radio"/> 08 Especifique tipo de médico/a Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro/a especialista* <input type="radio"/> 12 Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 *Especifique:					
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 31.2 Nombre de la vivienda <u>Ciudad Universitaria</u> 31.3 Núm. Ext. <u>185</u> 31.4 Núm. Int. <u>Colonia</u> <u>Metropolitano 2da Sección</u> 31.5 Tipo de asentamiento humano <u>57740</u> 31.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Nezahualcoyotl</u> 31.7 Código Postal <u>Nezahualcoyotl</u> 31.8 Localidad <u>Estado de México</u> 31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Entidad federativa					

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE <u>Rosa Rubi</u> Nombre (s)		<u>Garcia</u> Primer Apellido		<u>Gomez</u> Segundo Apellido	
33. CERTIFICADO POR Médico/a pediatra <input type="radio"/> 01 Médico/a Gineco-obstetra <input type="radio"/> 07 Otro/a médico/a* <input checked="" type="radio"/> 02 Enfermero/a <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 04 Partera/a* <input type="radio"/> 05 Autoridad civil* <input type="radio"/> 06 *Especifique: <u>General</u>					
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional <u>10973937</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 (CLUES)					
36. DOMICILIO Y TELÉFONO 36.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 36.2 Nombre de la vivienda <u>Ciudad Universitaria</u> 36.3 Núm. Ext. <u>185</u> 36.4 Núm. Int. <u>Colonia</u> <u>Metropolitano 2da Sección</u> 36.5 Tipo de asentamiento humano <u>57740</u> 36.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Nezahualcoyotl</u> 36.7 Código Postal <u>Nezahualcoyotl</u> 36.8 Localidad <u>Nezahualcoyotl</u> 36.9 Municipio o Alcaldía <u>Estado de México</u> 36.10 Entidad federativa <u>1551579780115</u> 36.11 Teléfono					

HUELLA DEL DEDO PULGAR  
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

S

Susana Garcia Ramirez  
FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

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 8VO.), LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS.  
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



029126708

