

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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.

1. NOMBRE Miriam Elizabeth Ayala Montejano
2. LUGAR DE NACIMIENTO Cuauhtémoc Ciudad de México
3. FECHA DE NACIMIENTO 28/07/1974
4. EDAD 42
5.1 ¿Se considera indígena? No
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? No
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Calle Francisco Espel 118
7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior
7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal
7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 02
9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) 0 9.2 Nacidos Vivos (as) 02 9.3 Sobrevivientes 02
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) 01 Muerto (a) 02 No ha tenido otros hijos (as) 03
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) 02
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si 01 No 02 Se ignora 09 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero 01 Segundo 02 Tercero 03 Se ignora 09 12.3 Total de consultas recibidas 08
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si 01 No 02 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Prospera 010 Se ignora 09 14.1 Número de seguridad social o afiliación AAMM746728/2
15. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 07 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa 01 Incompleta 02 Profesional 08 Posgrado 010 Se ignora 09
16. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajadora Se ignora 09 16.1 Trabaja actualmente Si 01 No 02 Se ignora 09
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 29/06/2017 12:35 18. SEXO Hombre 01 Mujer 02 19. EDAD GESTACIONAL 39 Semanas
20. TALLA 53 Centímetros 21. PESO AL NACER 3570 Gramos 22.1 APGAR 09 (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN 010 (A los 5 minutos) 23. TAMIZ AUDITIVO Si 01 No 02
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si 01 No 02 24.2 Hepatitis B Si 01 No 02 24.3 (A) Si 01 No 02 24.4 (K) Si 01 No 02 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único 01 Gemelar 02 Tres o más 03
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) Ninguna b) Ninguna
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico 01 Distócico 04 ¿Se usaron fórceps? Si 01 No 02 Cesárea 02 Otro 08 Especifique:
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud 01 ISSSTE 04 SEDENA 06 IMSS Prospera 02 Otra unidad pública 08 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 010 Hospital Dono Fernández Fierro 28.1 Nombre de la unidad médica 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 01151093213
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico 01 Gineco-obstetra 011 Otro especialista* 012 Residente 013 General 014 MPSS 015 MIP 016 Enfermera 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 03 Partera 04 Otro* 08 Especifique:
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Avenida Revolución 30.1 Tipo de vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa 30.11 Teléfono
31. NOMBRE Ramiro Ayala Barajas
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra 01 Médico Gineco-obstetra 07 Otro médico* 02 Enfermera 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 04 Partera 05 Autoridad civil* 06 Especifique:
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 974798 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 (CLUES)
35. DOMICILIO Y TELÉFONO Avenida Revolución 35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono
36. FIRMA 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 29/06/2017