

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

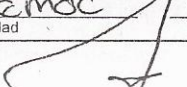
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE <u>Maria Luisa</u> Nombre (s)		<u>Roman</u> Primer Apellido		<u>Bueno</u> Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>20032810409MG2MNS05</u> Se ignora <input type="radio"/>					
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Itepecoacuilco de trujano</u> 2.1 Municipio o delegación					
<u>Estado de Guerrero</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)					
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>09/04/1981</u> Día Mes Año		4. EDAD <u>36</u> Años		5.1 ¿Se considera indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
				5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
				5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input checked="" type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Calle Cruz Galvez</u> 7.1 Tipo de vivienda					
<u>Colonia Plutarco Elias Calles</u> 7.2 Nombre de la vivienda					
<u>Miguel Hidalgo</u> 7.3 Localidad					
<u>30</u> 7.4 Núm. Exterior					
<u>11350</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano					
<u>Miguel Hidalgo</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano					
<u>Ciudad de Mexico</u> 7.7 Código Postal					
<u>5523114694</u> 7.8 Localidad					
<u>5523114694</u> 7.9 Municipio o delegación					
<u>5523114694</u> 7.10 Entidad federativa					
<u>5523114694</u> 7.11 Teléfono					
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		9. NÚMERO DE HIJOS (AS)		10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACÍ	
<u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>		9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/>		Vivo (a) <input type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/>	
		9.2 Nacidos Vivos (as) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>		10.1 Vive aún Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		9.3 Sobrevivientes <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>					
12. ATENCIÓN PRENATAL					
12.1 ¿Recibió atención? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.3 Total de consultas recibidas <u>12</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Sí <input checked="" 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 checked="" 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 type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>					
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Auxiliar Administrativo</u> Se ignora <input type="radio"/>					
16.1 Trabaja actualmente Sí <input checked="" 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 <u>14</u> Mes <u>12</u> Año <u>2017</u> Hora <u>09</u> Minutos <u>10</u>		18. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2		19. EDAD GESTACIONAL <u>37</u> Semanas	
20. TALLA <u>47</u> Centímetros		21. PESO AL NACER <u>2255</u> Gramos		22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos)	
				22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO		23. TAMIZ AUDITIVO	
24.1 BCG <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 24.2 Hepatitis B <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 24.3 (A) <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 24.4 (K) <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2		Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO				CÓDIGO CIE	
a) <u>NO APARENTES</u>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
b) <u></u>				Uso exclusivo del personal codificador	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO					
Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input checked="" type="radio"/> 4 → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 Cesárea <input checked="" type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 8 → Especifique: <u></u>					
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS Prospera <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 10					
<u>Hospital Grupo Torre Medica</u> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>DFS MP003083</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO					
Médico <input checked="" type="radio"/> 1 → Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro 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 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique: <u></u>					
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO					
<u>Calle</u> 30.1 Tipo de vialidad <u>Colonia</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cuauhtemoc</u> 30.8 Localidad					
<u>Jose Maria Iglesias</u> 30.2 Nombre de la vialidad <u>Tabacalera</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Cuauhtemoc</u> 30.9 Municipio o delegación					
<u>21</u> 30.3 Núm. Exterior <u>06030</u> 30.7 Código Postal <u>Ciudad de Mexico</u> 30.10 Entidad federativa					

DATOS DEL CERTIFICANTE	31. NOMBRE <u>Maria del Refugio Mejia Sanchez</u>		
	Nombre (s)		Segundo Apellido
	32. CERTIFICADO POR		
	Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> 1	Médico Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7	Otro médico* <input type="radio"/> 2
	Enfermera <input type="radio"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4	Partera <input type="radio"/> 5
Autoridad civil* <input type="radio"/> 6 *Especifique _____			
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>735277</u>		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	
Número de cédula profesional		34.1 Nombre de la unidad médica _____ 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO			
<u>Calle</u> <u>Sosé María Iglesias</u> <u>21</u> 35.1 Tipo de víaalidad 35.2 Nombre de la víaalidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior			
<u>Colonia</u> <u>Tabasco</u> <u>06030</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal			
<u>Cuautemac</u> <u>Cuautemac</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5519848800</u> 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono			
36. FIRMA		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		<u>14/2/2017</u> Día Mes Año	