

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2020 FOLIO 962190902862190902862190902862 02862190902862190902862

Sillowed party	Ana Beatriz Garcia	Cordera	
- 50	1.1 CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) GACA A BACA A BAC	Segundo Apellido	
Transferring to the second	2. LUGAR DE NACIMIENTO ZTA PALA PA 2. Municipio o Alcaldia	d de México	
The case of the labeled	3. FECHA DE NACIMIENTO 4. EDAD 5. CONDICIÓN INDÍGENA	tiva o pais (si es extranjera)	
Ш	LIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	? 9 *Especifique:	
TANT	6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera O12 En unión libre O15 Casada O11 Separada O16 Divorciada O13 Viuda 7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		
) GES	71 Tipo de vialidad O sa La 72 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Ext. 7.4 Núm. Inf	Colonia	
DRE (7.2 Nombre del asentamiento humano 7.2 Nombre del asentamiento humano 7.3 Núm. Ext. 7.4 Núm. Int. 7.4 Núm. Int.	7.5 Tipo de asentamiento humano	
A MAI	7.9 Municipio o Abaldia T.10 Entidad federativa	5,5,1,9,0,5,9,7,2,3, †	
DEL	8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os LOIO Se ignora 99 10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Viva/o O1 Muerta/o O2 No ha	11. ORDEN DEL NACIMIENTO	
DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	9.2 Nacidas/os Vivas/os Ol Se ignora Ogg Otras/os Otras/os Os Se ignora Ogg Otras/os	os hijas/os muertas/os, múltiples)	
	12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta	12.3 Total de consultas recibidas	
ACTION OF THE PERSON OF THE PE	13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Si 1 No 2 Se ignora 09 Primero 1 Segundo 02 Tercero 03 Se ignora 09 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defun	OQ Se ignora Ogg	
Name and Address of the Owner, where the Owner, which is the Owner, which is the Owner, where the Owner, which is the Owner, whi	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS Ninguna O1 ISSSTE •3 SEDENA O5 Seguro Popular O7 ISSFAM O11 Otra Oe : GA	CADROLIU ID	
	DE SALUD IMSS O2 PEMEX O4 SEMAR O6 IMSS Bienestar O10 Se ignora O99 14	1 Número de seguridad social o afiliación	
and the second second	Ninguna 01 Técnico terminal 011 Profesional 08 15.1 La escolaridad 1 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo?	i 16.1 Trabaja DEL PADRE	
-	Secundaria 5 Técnico terminal 012 Se Ignora 099 Completa 01 Si 01 No 02 con preparatoria	SI 01 No O2 312 -	
	18 FECHANICAL ST. VICTOR ST. VICT	The second secon	
	18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 3.0 0.7 2.0 2.1 0.13 19. SEXO Hombre 0.1 Mujer 2.2 20. EDAD GESTACIONAL 3.18 Semanas 21. TALLA 22. PESO AL NACER 23. ADAPTACIÓN DE LA DEL NACIDA O FINAL DEL NACIDA D		
Y DEL NACIMIENTO	Centimetros 31145 Gramos 23.1 APGAR (A los 5 minutos) 019 23.2 SILVERMAN (A los 10 mi		
ACIMI	25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS SI O 1 No 2 SI O 1 No 3 Market No 2 SI O 1 No 3 Market No 3 M		
EL N	27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O		
0	Ninguna aparente Ninguna aparente	CÓDIGO CIÉ Uso exclusivo del personal	
VIVA	28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría O 1 ISSSTE 4 SEDENA 6 IMSS O 2 Otra unidad 8 HOSPITAL GENERA DARIO Fernan	del personal codification	
IDA/O	Via pública O ₁₁ Hogar O ₁₂		
(DEL) NACIDA/O VIVA/	IMSS O ₃ PEMEX O ₅ SEMAR O ₇ Unidad médica O ₁₀ DIFIST DO O 3 2 Curve Unica de Establecimientos de Salud (CLUES 28.3 TIEMPO DE TRASLADO 29. RESOLUCIÓN DEL EMPARAZO		
A (DEL	28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO UN 12 Otr Eutócico 1 Distócico 2 *Especifique:	Cesárea O3 De urgencia O2	
DE LA	30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médica/o 1 Enfermera/o 2 Persona autorizada por la Secretaria de Salud* 3 Partera/o* 4 Otra/o* 08	*Especifique:	
DATOS	Especifique Circus shall be a second shall be a	6	
	tipo de médica/o Ginecu-costetra 11 Otra/o especialista 12 Residente 013 General 014 MPSS 015 MIP 01 31. DOMICILIO DONDE OFURRIÓ EL NACIMIENTO REVOLUCIÓN 1182	(olonia	
	San Tose Insurgentes O3, 9,00 31.3 Núm. Ext. 31.4 Núm. Int. 31.5 Tipo de asentamiento humano		
\bot	31.9 Municipio o Alcaldía 31.7 Codigo Postal Giudad de México 31.8 Localidad 31.10 Entidad federativa		
	Jaime Antonio Barajas Mendez	HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE	
	Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido 33. CERTIFICADO POR	SERESTIONE DE LA MADRE O GESTANTE.	
	Médica/o pediatra 1 Médica/o Gineco-obstetra 7 Otra/o médica/o* 2 Enfermera/o 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 4		
CAN	34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional 168 2291	- [*]	
ERTE	35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA		
EL) C	35.1 Nombre de la unidad médica 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
A I	Avenida Revolución 1182	FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE	
DATOS DE	Colonia San Jose Insurgentes 103,9,00		
DAIC	36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Codigo Postal	HOSPITAL GENERAL	
L	Cival de México 5,5,5,9,35,30,0	DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERNO	
3	36.10 Entidad federativa 36.11 Teléfono 7. FIRMA 38. FECHA DE CERTIFICACIÓN 13.010. 11.00.00.11	COORDINACIÓN DE	

ENTREGAR A LA MADRE O GESTANTE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDA/O VIVA/O: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE O GESTANTE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN, RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- rse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o gestante-hija/o El Certificado de Nacimiento debe ller
- · Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o una
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a toda/o nacida/o viva/o en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (al) nacida/o viva/o después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.

 * Llene un Certificado de Nacimiento por cada nacida/o viva/o, elabore tantos certificados como nacidas/os vivas/os resulten del nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.

- Una vez expedido el certificado, la entrega no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
 Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o gestante con la instrucción de llevarlo al Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento, dentro de los 60 días posteriores al parto.
 Si el nacimiento ocurre en una unidad médica, consulte la historia clínica de la madre o gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxiliese con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados en el registro civil.
 Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los tantos sean llenados utilizando el mismo método. No use abreviaturas.
 En caso del llenado a mano escriba sobre una superficia plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- sean ilenados utilizando el mismo metodo. No use apreviaturas.

 En caso del llenado a mano, escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.

 Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras; para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusion deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- edeben consultanse en en mandar de la la la decensión de la la respuesta. Marque una sola opción.

 Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.

 Sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obteneria: Si existe una opción "Se Ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas llene con "nueves" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se ignora".

 • Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0,1,2,...,9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacios.

 • En los campos de fecha debe utilizarse el formato DiDIM:MIA:A:A:A:A. completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2020) anote

- (0)610/51/2/0/2/0].

 Para las preguntas con opciones que tengán " * " (asterisco), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.

 Para los domicilios anote: tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vialidad, Núm. exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad habitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".

 •Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pulgar derecho de la madre o gestante; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo, en caso de fallecimiento, escribir "DECESO".

 Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

- 1) NOMBRE. Anote el nombre completo de la madre o gestante sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido, tal cual aparezca en su identificación oficial. En la pregunta 1.1 CURP, agote los recursos disponibles para obtenerla.

 2) LUGAR DE NACIMIENTO. Anote el nombre del Municipio o Alcaldía y de la Entidad Federativa donde nació la madre o gestante. Si nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta ta Municipio o Alcaldía y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad Federativa".
- 4) EDAD. Registre la edad cumplida en años de la madre o gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o gestante y la fecha de nacimiento de la (del)

- nacida/o viva/o.

 5) En 5.1 marque si la madre o gestante se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre o gestante habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo especifique la lengua.

 7) RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO. Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia; habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.

 9) NÚMERO DE EMBARAZOS. Anote el tetal de embarazos que ha tenido la madre o gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidas/os vivas/os, nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir éste último embarazo.

 9) NÚMERO DE HIJAS/OS. Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante, no ha tenido hijas/os nacidas/os muertas/os, anote (tiú). Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidas/os vivas/os que ha tenido la madre o gestante, incluyendo al madre o gestante, incluyendo al la que se está certificando, sin importar que alcuno de éstos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (al) nacida/o viva/o que se está certificando, sin importar que alguno de éstos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (al) nacida/o viva/o
- que se esta certificando, sin importar que aiguno de estos fallectera. En 3.3 anote cuandos de las (co) injudo anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 (a) LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ. Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hija/o anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si ésta/e vive o no. Si la (el) hija/o anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otras/os hijas/os" si ésta/e vive o no. Si la (el) hija/o anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otras/os hijas/os" si ésta/e vive o no. Si la (el) hija/o anterior nació marque la opción "viva/o marque la opción "viva/os ha tenido la madre o gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidas/os vivas/os como a las (los) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha está fecha haya tenido la madre o gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidas/os vivas/os como a las (los) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha está fecha haya tenido la madre o gestante o no cuenta tanto a las (los) nacidas/os vivas/os como a las (los) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha está fecha haya tenido la madre o gestante la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el trimestre de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.

 13) ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 13.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o gestante tenga al menos una afiliación o derechohabiencia, haya m

- 15) ESCOLARIDAD. Si la madre o gestante no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna"; en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios, y
- 15) ESCOLARIDAD. Si la madre o gestante no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna"; en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios, y especifique en 15.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 15.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.

 16) OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 16.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo formal, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.

 17) EDAD DEL PADRE. Anote la edad del padre, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".

 18) FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO. Anote el día, mes, año y hora de ocurrencia del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato IHIHIMIMI, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote IQ1010151).

 19) SEXO. Si no es posible definir el sexo de la (del) nacida/o viva/o, omita la respuesta y siga las instrucciones del Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

 20) EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por capurro, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.

 22) PESO AL NACER. Anote el peso de la (del) nacida/o viva/o expresado en gramos (ej. Si la (el) nacida/o viva/o pesa 2 kilos 350 gramos, anote: 12/315/0] gramos).

 22) PESO AL NACER. Anote el peso de la (del) nacida/o viva/o, expresado en gramos (ej. Si la (el) nacida/o viva/o presenta anomalías congénitas, enfermedades o expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacida/o vi

- lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar anomalias congeniaas, entermedades o lesiones, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente". Deje en blanco el recuadro sombreado en gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente. 29) RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO. Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este caso, indicar si se

- 29) RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO. Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este caso, indicar si se de usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.

 30) PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO. Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo (Gineco-obstetra, Otra/o especialista, Residente, General, Médica/o Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médica/o Interno de Pregrado -MIP-). Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.

 33) CERTIFICADO POR. Marcar la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) Médica/o Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaria de Salud" y anotar "Médica/o Pasante" en el espacio para especificar.

 Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.

 35) UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA. Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 35.1 el nombre de la unidad médica y una proporcionó el formato del certificado y en 35.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS En e	sta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o gestante: nombre(s) y apellidos.	Sello oficial de la Unidad Médica
1) Núm. de pregunta:	Corrección:	*
2) Núm. de pregunta:	Corrección:	# E
3) Núm. de pregunta:	Corrección:	
Responsable de la corrección:	Nombre(s) Primer Apellido → Segundo Apellido	Firma