



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE NACIMIENTO  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Forma 2009  
FOLIO

030682592

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

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

1. NOMBRE Nombre (s) <u>Diana Ruth</u> Primer Apellido <u>Victoria</u> Segundo Apellido <u>Jimenez</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>V11JD8701128MDFCMN109</u>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o Alcaldía <u>Benito Juárez</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero) <u>Ciudad de México</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>28</u> Mes <u>01</u> Año <u>1987</u>	4. EDAD Años <u>34</u>
5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Se considera indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especificar _____	
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>25 de febrero de 1861</u> 7.3 Núm. Ext. <u>Manzanillo 132</u> 7.4 Núm. Int. <u>Lote 13788</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>leyes de reforma</u> 7.7 Código Postal <u>04310</u> 7.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 7.9 Municipio o Alcaldía <u>Iztapalapa</u> 7.10 Entidad federativa <u>Ciudad de México</u> 7.11 Teléfono <u>5626503549</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidas/os Vivas/os <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>
10. LA (EL) HIJO/A ANTERIOR NACIÓ Vivió <input checked="" type="radio"/> Murió <input type="radio"/> No se sabe <input type="radio"/> 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considerar nacidos muertos, múltiples) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <u>Primero</u> 12.3 Total de consultas recibidas <u>09</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Si <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"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.1 Número de la unidad médica <u>V11JD87012/2</u>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es <u>Completa</u> 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleada</u> 16.1 Trabajo actualmente <u>Si</u> 17. EDAD DEL PADRE <u>34</u> Se ignora <input type="radio"/>	

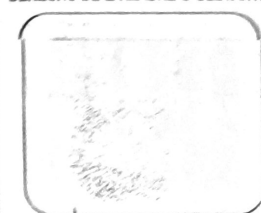
DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O Y DEL NACIMIENTO

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día <u>29</u> Mes <u>12</u> Año <u>2021</u> Horas <u>07</u> Minutos <u>24</u>		19. SEXO <u>Hombre</u> Mujer <input type="radio"/>	20. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas
21. TALLA <u>50</u> Centímetros	22. PESO AL NACER <u>3445</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. TÁMIZ AUDITIVO <u>Si</u> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/> Especificar _____	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) <u>Ninguna aparente</u> b) <u>Ninguna aparente</u>			
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Hospital <u>Ignacio Zaragoza</u> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 27.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital Ignacio Zaragoza</u> 27.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES) <u>DF11S10001609</u> 27.3 Tipo de atención <u>Via pública</u> 27.4 Lugar <u>Hogar</u>			
28. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>00</u> Horas <u>15</u> Minutos		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especificar: _____	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> Enfermero <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique tipo de médico <u>Gineco-obstetra</u> Especifique <u>Uterino especialista</u> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/>			
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda <u>Cabada</u> 31.2 Nombre de la vivienda <u>Ignacio Zaragoza</u> 31.3 Núm. Ext. <u>1711</u> 31.4 Núm. Int. <u>Colonia</u> 31.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ejército Constitucionalista</u> 31.6 Nombre del asentamiento humano <u>Iztapalapa</u> 31.7 Código Postal <u>04220</u> 31.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 31.9 Municipio o Alcaldía <u>Iztapalapa</u> 31.10 Entidad federativa <u>Ciudad de México</u>			

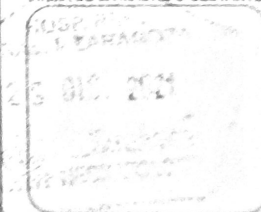
DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE Nombre (s) <u>Cynthia Jaquelin</u> Primer Apellido <u>Perez</u> Segundo Apellido <u>Perez</u>	
33. CERTIFICADO POR Médico/a pediatra <input type="radio"/> Médico/a Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro/a médico/a <input type="radio"/> Enfermero/a <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partera/a <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Especifique _____	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional <u>11147183</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>Cabada</u> 36.2 Nombre de la vivienda <u>Ignacio Zaragoza</u> 36.3 Núm. Ext. <u>1711</u> 36.4 Núm. Int. <u>Colonia</u> 36.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ejército Constitucionalista</u> 36.6 Nombre del asentamiento humano <u>Iztapalapa</u> 36.7 Código Postal <u>04220</u> 36.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 36.9 Municipio o Alcaldía <u>Iztapalapa</u> 36.10 Entidad federativa <u>Ciudad de México</u> 36.11 Teléfono <u>5557165200</u>	
37. FIRMA	
38. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>29</u> Día <u>12</u> Mes <u>2021</u> Año	

HUELLA DEL DEDO PULGAR  
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE



SELLO OFICIAL DE LA  
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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