



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

025180934

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

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE <u>Aurelia</u> Nombre(s) <u>Villagas</u> Primer Apellido <u>Rojas</u> Segundo Apellido		11. CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>VIRAR800725MDFLJRO4</u> Se ignora <input type="checkbox"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Gustavo A. Madero</u> 2.1 Municipio o delegación <u>Distrito Federal</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)		3. FECHA DE NACIMIENTO <u>25/07/1980</u> Día Mes Año	
4. EDAD <u>39</u> Años		5.1 ¿Se considera indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorceda <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Soltera <input checked="" type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Cerrada</u> Tipo de vivienda <u>Colonia</u> Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Tlaticilco</u> Localidad <u>Navalpan de Juárez</u> Municipio o delegación <u>México</u> Entidad federativa <u>55531237999</u> Código Postal <u>7</u> Teléfono		5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluya el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/>		9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="checkbox"/> Muerto (a) <input type="checkbox"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10.1 Vive aún <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere abortos, muertos múltiples) <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 Recibió atención prenatal? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input checked="" type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>08</u> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Prospera <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleada</u> Se ignora <input type="checkbox"/>		16.1 Trabaja actualmente Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>19/01/2020</u> Día Mes Año <u>08:13</u> Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
19. EDAD GESTACIONAL <u>39</u> semanas		20. TALLA <u>51</u> Centímetros	
21. PESO AL NACER <u>2650</u> Gramos		22.1 APGAR 1 <u>09</u> (A los 5 minutos)	
22.2 SILVERMAN <u>00</u> (A los 5 minutos)		23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 24.2 Hepatitis B <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 24.3 (A) Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 24.4 (K) Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Tres o más <input type="checkbox"/>	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna evidente</u> b) <input type="checkbox"/>		CÓDIGO CIE <input type="checkbox"/>	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="checkbox"/> Distócico <input type="checkbox"/> → ¿Se usaron fórceps? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Cesárea <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> → Especifique	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		28.1 Nombre de la unidad médica <u>HRAE3 ISSSTE Tlaticilco</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>MCI3TIO00425</u>	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="checkbox"/> → Gineco-obstetra <input checked="" type="checkbox"/> Otro especialista <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> MFSS <input type="checkbox"/> MIP <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> *Especifique		30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u> Tipo de asentamiento humano <u>Lazaro Cardenas</u> Localidad <u>Tlaticilco</u> Municipio o delegación <u>México</u> Entidad federativa	
31. NOMBRE <u>Elvira</u> Nombre(s) <u>Sánchez</u> Primer Apellido <u>Hernández</u> Segundo Apellido		32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="checkbox"/> Médico gineco-obstetra <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> *Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>4412527</u> 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 <u>Clavelas</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>4</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Colonia</u> Tipo de asentamiento humano <u>Lazaro Cardenas</u> Localidad <u>Tlaticilco</u> Municipio o delegación <u>México</u> Entidad federativa <u>54916</u> Código Postal <u>7</u> Teléfono		36. FIRMA <u>[Firma]</u>	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>19/01/2020</u> Día Mes Año		38. HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE <u>[Huella]</u> FIRMA DE LA MADRE <u>[Firma]</u>	



ENTREGAR A LA MADRE PARA EL TRAMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPÚLSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUES 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 ESTE O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez comprobado el hecho y el vínculo madre-hijo(a).
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre que preferentemente contenga su domicilio.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atiende al parto.
- Tiene un Certificado de Nacimiento por cada producto nacido vivo, emitiendo tantos certificados como productos nacidos vivos resulten del nacimiento.
- Una vez expedido, la entrega de este documento no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y diez copias, entregándose al original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible al Registro Civil para tramitar la inscripción en el Acta de Nacimiento.
- Si el nacimiento ocurre en un domicilio diferente al de la madre y su consentimiento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario, el acta se elabora en el domicilio donde se encuentre el padre o algún familiar.
- Escríbala con tinta azul o negra, en letra manuscrita de molde clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escríbala sobre una o varias copias, en letra manuscrita, produciendo al menos tres copias para legibilidad de las copias.
- Este documento se expedirá con tachaduras o enmendaduras, para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiónes deben consultarse en el **Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento**.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción, excepto la pregunta número 14.
- Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla. Si existe una opción "Se ignora" marque con una "X" sobre esta opción.
- 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 vacíos.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato d.d.m.m.a.a., completando con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. Para el día 06 de mayo de 2014, anote: 06.05.2014).
- Para las preguntas con opciones que tengan "asterisco" se debe inscribir en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de localidad (ej. CDO, Avenida, Camino, Carretera, Ojinal, Casada, Peñonal, Boulevard), **Nombre de la localidad**, Num. Exterior (ej. 990) e Interior (ej. 2A, 5B), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad habitacional), **Nombre del asentamiento humano**, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Marque en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho de nacido vivo y la huella del pulgar derecho de la madre, en caso de no contar con su identificación, registre la huella del pulgar izquierdo.
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades consulte al **Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento**.

1. **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el(los) nombre(s). Segundo del primer y segundo apellido, las cual aparece en el certificado y en el acta. En esta pregunta **1.1 CURP** anote los registros disponibles para obtener:

2. **LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación y de la entidad federativa donde nació la madre. Si ésta nació en el extranjero, deje en blanco los datos de municipio, delegación y año de nacimiento del país y en el espacio para la "Entidad Federativa".

3. **EDAD.** Registre la edad en años de la madre. Registre la fecha de nacimiento de la madre y la fecha de nacimiento del nacido vivo.

4. **IDENTIFICAR SI EL NACIDO ES CONSIDERADO O NO INDIGENA.** En 4.1 indique si la madre nativa alguna lengua indígena y en caso afirmativo especifique en 4.2 la lengua.

5. **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre y el teléfono donde se pueda localizar. Si la residencia es en la ciudad de México, anote en el espacio "No tiene" federalmente el nombre de este.

6. **NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el número de embarazos que ha tenido o quiere tener a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, nacidos vivos, no vivos o abortos. En el espacio de "Aborto" anote número de abortos, nacidos y abortos o ectopicos. Además debe incluir si está último embarazo.

7. **NÚMERO DE HIJOS(A).** Anote en 7.1 el total de hijos(as) nacidos vivos(nacidos). Rámpale las semanas de gestación, incluyendo abortos, muais y gemelos. Indique en 7.2 si la madre ha tenido hijos(as) nacidos vivos(nacidos), anote 7.3. Escriba en 7.2 el total de hijos(as) nacidos vivos(nacidos) que ha tenido la madre, incluyendo aquellos que están vivos y los que no, sin importar que alguno de estos haya sido abortado. En 7.4 anote cuántos de los hijos(as) mostrados en 7.2 sobreviven, incluyendo al nacido vivo(nacido) que está siendo certificado.

8. **EL AL ALGUN ANTERIOR NACIDO.** Si ésta es la primer hijo(a), marque "No ha tenido más hijos(as)". Independientemente si se trata de un embarazo múltiple o de una gestación única, anote si el primer hijo(a) nació vivo y en 8.1 anote si nació vivo o no. Si la madre anterior nació muerto(a) marque la opción "muerto(a)" y omita la siguiente pregunta.

9. **ORDEN DEL NACIMIENTO.** Describe el orden numérico que ocupa el nacido vivo que se certifica, considerándolo como el último del total de nacimientos que en esta fecha ha tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los nacidos vivos como a los nacidos muertos, independientemente del día o la fecha estén vivos o no. Para el caso de nacimientos múltiples, considere al primer hijo(a) mencionado a cada pregunta.

10. **ATENCIÓN PRENATAL.** En 10.1 marque si recibió atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 10.2 el trimestre en el que comenzó la atención y en 10.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.

11. **VIVE LA MADRE DEL NACIDO(A) VIVO(A)?** Seleccione "SI" si la madre sigue viva al momento de la extensión de este certificado, en esta caso debe anotar en 11.1 el lugar de donde se encuentra de Definición de la Definición.

12. **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabiente de la madre. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre no ha sido afiliada a ningún servicio de salud, en este caso omitir la respuesta en 12.1. Una persona puede tener más de una afiliación o derechohabiente, por lo que debe registrarse en la opción "otro", y marcar las señaladas por la madre, anotar hasta dos resultados. Cuando la madre tenga al menos una afiliación o derechohabiente, anotar en 12.2 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabiente consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento y la escolaridad habitual, en 12.3 se completa o no completa.

13. **OCCUPACIÓN.** Seleccione el tipo de actividad principal de la madre (la actividad, profesión o negocio principal). En 13.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo remunerado, en caso contrario seleccione "no cuenta", independientemente de que pertenezca o no a un negocio. Marque "No" cuando la madre se dedique a las actividades del hogar, cualquier otro negocio, o cualquier otro tipo de actividad no remunerada.

14. **FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.** Anote el mes, año y hora de nacimiento del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato "hh:mm", por ejemplo, 12:00 pm o 12:00 am.

15. **SEXO.** Seleccione el sexo del nacido vivo, registre la respuesta y asegurese de anotar las dos opciones en la variable 25.

16. **EDAD GESTACIONAL.** Anote la gestación en semanas y días, anote las semanas completas, redondeando hacia abajo la fracción de la semana. Anote el número de días de la semana completa que la madre tenía la fecha de ocurrencia del nacimiento.

17. **PERSONA NACER.** Anote el peso del nacido vivo expresado en gramos (ej. si el nacido vivo pesó 3 kilos 350 gramos anote 3350). Anote 18.1 y 18.2.

18. **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que mejor describa el número total de productos (nacidos vivos o muertos) de este parto. Si el embarazo es múltiple o de más de un producto, marque "más de uno".

19. **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el nacido vivo presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones irreversibles en la parte o miembros, anote en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente". Deje en blanco el espacio si el nacido vivo no presenta patologías.

20. **RESOLUCIÓN DEL NACIMIENTO.** Seleccione la opción que mejor describa la resolución utilizada para atender al nacimiento: "estático", "distólico" (para este atender al parto) o "otro".

21. **PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por un médico, marque la opción "Médico" y anote el nombre del médico que atendió el parto. Si el parto fue atendido por una enfermera, marque la opción "Enfermera" y anote el nombre de la enfermera que atendió el parto. Si el parto fue atendido por una partera, marque la opción "Partera" y anote el nombre de la partera que atendió el parto. Si el parto fue atendido por una persona que no es médico, enfermera o partera, marque la opción "Otro" y anote el nombre de la persona que atendió el parto.

22. **DECLARACIÓN POR.** Marque el nombre de la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el nacimiento es atendido por un Médico, Partera o Enfermera, anote el nombre de la persona responsable de la certificación en el espacio "Firma". Si el nacimiento es atendido por una persona que no es médico, enfermera o partera, anote el nombre de la persona responsable de la certificación en el espacio "Firma".

23. **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 al parto no está autorizada para emitir el certificado. En este caso indique en 23.1 el nombre de la unidad médica y la proporción en el formato del certificado y en 34.2 la CIEES correspondiente.

FE DE ERRATAS

El presente documento es una herramienta de apoyo para la corrección de los datos ingresados en el sistema.

1) Num. de preguntas: 31 Corrección: LUCIA GUZMAN TORRES

2) Num. de preguntas: Corrección:

3) Num. de preguntas: Corrección:

Responsable de la corrección: M. GARCIA TORRES

Fecha de la corrección: 20/01/2018

4110894