



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

FOLIO
028609899

1. NOMBRE Xelene Yadira Cerda Zenteno
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) CEZS 870821 M D F R N L 03

2. LUGAR DE NACIMIENTO Tlahuac Ciudad de México
2.1 Municipio o Alcaldía 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO 21/08/1987 4. EDAD 33 5. CONDICIÓN INDÍGENA
3.1 Día 3.2 Mes 3.3 Año 4.1 Años 5.1 ¿Se considera indígena? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ *Especifique: _____

6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero ☒ 12 En unión libre ☐ 15 Casado ☐ 11 Separado ☐ 16 Divorciado ☐ 13 Viudo ☐ 14 Se ignora ☐ 99

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Sur 73 4128 Colonia
7.1 Tipo de vivienda 7.2 Número de la vivienda 7.3 Núm. Ext. 7.4 Núm. Int. 7.5 Tipo de asentamiento humano

Ampliación Asturias 06890 Cuauhtémoc
7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal 7.8 Localidad

Cuauhtémoc Ciudad de México 5533682659
7.9 Municipio o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 106 Se ignora ☐ 99
9. NÚMERO DE HIJAS/O (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os 05 Se ignora ☐ 99 9.2 Nacidas/os Vivas/os 01 Se ignora ☐ 99 9.3 Sobrevivientes 01 Se ignora ☐ 99
10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Vivala ☐ 1 Muerta ☒ 2 No ha tenido ☐ 3 otros hijos/os
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, múltiples) 016 Se ignora ☐ 99

12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero ☒ 1 Segundo ☐ 2 Tercero ☐ 3 Se ignora ☐ 99 12.3 Total de consultas recibidas 08 Se ignora ☐ 99

13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Si ☒ 1 No ☐ 2 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☒ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 ISSFAM ☐ 11 Otra ☐ 8 Se ignora ☐ 99 CEZS 870821/20
14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Técnico terminal con secundaria ☐ 11 Profesional ☐ 8 Primaria ☐ 3 Bachillerato o preparatoria ☒ 7 Posgrado ☐ 10 Secundaria ☐ 6 Técnico terminal con preparatoria ☐ 12 Se ignora ☐ 99
15.1 La escolaridad seleccionada es Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99

16. OCUPACIÓN HABITUAL Administrativa 16.1 Trabajo actualmente Si ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99 17. EDAD DEL PADRE 33 Se ignora ☐ 99

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 19/07/2021 16:05
18.1 Día 18.2 Mes 18.3 Año 18.4 Horas 18.5 Minutos

19. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 20. EDAD GESTACIONAL 39 Semanas

21. TALLA 150 Centímetros 22. PESO AL NACER 3195 Gramos
23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) 09 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) 00 24. TAMIZ AUDITIVO Si ☐ 1 No ☒ 2

25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG Si ☐ 1 No ☒ 2 25.2 Hepatitis B Si ☐ 1 No ☒ 2 25.3 Vitamina A Si ☐ 1 No ☒ 2 25.4 Vitamina K Si ☐ 1 No ☒ 2 26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único ☒ 1 Gemelar ☐ 2 Trieto más ☐ 3 *Especifique: _____

27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O
a) Ninguna aparente b) _____

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud ☐ 1 ISSSTE ☒ 4 SEDENA ☐ 6 IMSS ☐ 2 Otra unidad pública ☐ 8 Hospital Regional Lic. Arbilfo Lopez Mateos
IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 10 DF 1571010201
28.1 Nombre de la unidad médica 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) *Especifique: _____

28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO 00:30 Horas Minutos 29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico ☐ 1 Distócico ☒ 2 ¿Se usaron fórceps? Si ☐ 1 No ☒ 2 Otro ☐ 3 *Especifique: _____

30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico ☒ 1 Enfermero/a ☐ 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 3 Parto/a ☐ 4 Otro/a ☐ 8 *Especifique: _____

31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Avenida Universidad 1321 Colonia
31.1 Tipo de vivienda 31.2 Nombre de la vivienda 31.3 Núm. Ext. 31.4 Núm. Int. 31.5 Tipo de asentamiento humano

Florida 010301 Alvaro Obregón
31.6 Nombre del asentamiento humano 31.7 Código Postal 31.8 Localidad

Alvaro Obregón Ciudad de México
31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Entidad federativa

32. NOMBRE Bianca Lucia Arteaga García
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

33. CERTIFICADO POR Médica/o podiatra ☒ 1 Médica/o Gineco-obstetra ☐ 7 Otro/a médica/o ☐ 2 Enfermero/a ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Parto/a ☐ 5 Autoridad civil ☐ 6 *Especifique: _____

34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional 10993793

35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONO 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 Avenida Universidad 1321 Colonia Florida 010301
36.1 Tipo de vivienda 36.2 Nombre de la vivienda 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int. 36.5 Tipo de asentamiento humano

Alvaro Obregón Alvaro Obregón
36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Código Postal

Ciudad de México 5553222300
36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldía 36.10 Entidad federativa 36.11 Teléfono

37. FIRMA [Firma] 38. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19/07/2021
38.1 Día 38.2 Mes 38.3 Año

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE



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 VIVO); 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 DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PARTICULARES



028609899

... 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 ESTE O NO DESPRENDIDA LA FLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o gestante-hija/o.
- 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 constancia de vecindad.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo/a nacido/a viva/o en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (al) nacido/a 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.
- El Certificado de Nacimiento por cada nacido/a viva/o, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- 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, envíese 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 plumas de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los datos sean conocidos al momento de llenado del mismo.
- En caso de llenado a mano, escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento en su versión con tachaduras o enmendaduras para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiones deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 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 obtenerla. Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas como "Nuestro" y en el caso de respuestas múltiples como "Se ignora".
- Para las respuestas cuánticas (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 DDMM/AA/BB, completando con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2020) anote 06/05/2020).
- Para las preguntas con opciones que tengan * * * (extensas), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote tipo de vía (calle, avenida, camino, carretera, diagonal, calzada, Pontonal, Boulevard), nombre de la vía (ej. 980) e interior (ej. 1234), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Pueblo, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad habitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Estado y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Marque 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 "FALLECIO".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 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 2. Anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad Federativa".
- 3) 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) nacido/a viva/o.
- 4) 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 la pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- 8) NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la madre o gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidos/os vivos/os, nacidos/os muertos/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir este último embarazo.
- 9) NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidos/os muertos/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante no ha tenido hijas/os nacidos/os muertos/os, anote 0. En 9.2 el total de hijas/os nacidos/os vivos/os que ha tenido la madre o gestante, incluyendo al 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) nacido/a viva/o que se está certificando.
- 10) LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (al) hija/o anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si nació vivo o no. Si la (al) 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".
- 11) ORDEN DE NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacido/a viva/o que se certifica, considerándola/o como la (el) última/o del total de nacimientos que a esta 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 esta fecha haya tenido la madre o gestante.
- 12) ATENCIÓN PRENATAL.** 12.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional 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.
- 14) AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o gestante no tiene manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Cuando la madre o gestante tenga al menos una afiliación o derechohabencia, anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 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, mozo/a, maestro/a). En 16.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo formal, laboree 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 HH:MM/SS, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 12:05/15).
- 19) SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (del) nacido/a 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 día menstrual de la madre o gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 21) PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacido/a viva/o expresado en gramos (ej. Si la (el) nacido/a viva/o pesa 2 kilos 350 gramos, anote: (2350) gramos).
- 22) PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/os vivos/os o muertas/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacido/a viva/o, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupa la (el) nacido/a en este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- 27) ANOMALIAS CONGENITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O.** Si la (el) nacido/a viva/o presenta anomalias congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar anomalías congénitas, enfermedades o lesiones, se debe especificar escribiendo 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 usó 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 Progreso -MIP-). Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 33) CERTIFICADO POR.** Marque 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 Secretaría de Salud" y anotar "Médica/o Pasante" en el espacio para especificar.
- 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 que proporcionó el formato del certificado y en 35.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS. En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o gestante: nombre(s) y apellidos.

1) Núm. de pregunta: 2 Corrección: Miguel Hidalgo

2) Núm. de pregunta: Corrección:

3) Núm. de pregunta: Corrección:

Responsable de la corrección: Dr. Oscar Ochoa Aguilar 3274575

Nombres)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Sello oficial de la Unidad Médica

