

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

020077452

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE <u>Erika</u> <u>Castro</u> <u>Cardona</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>CAICE811042181401SIRRO3</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Ixtapalapa</u> <u>Distrito Federal</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>18/04/1984</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>35</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Andador 1</u> <u>de Ignacio Camanfort</u> <u>6</u> <u>8102</u> 7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior	
<u>Barrio</u> <u>San Lucas</u> <u>09000</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal	
<u>Ixtapalapa</u> <u>Distrito Federal</u> <u>5512721148</u> 7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 10.1 Vive aún <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <input checked="" type="radio"/> Primero <input type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>08</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? <input checked="" type="radio"/> Sí <input 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 Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> <u>CACE810418-20</u> 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 checked="" type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Enfermera</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>14/06/2016</u> <u>17:17</u> Día Mes Año Hora Minutos	
18. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> 19. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas	
20. TALLA <u>150</u> Centímetros 21. PESO AL NACER <u>3550</u> Gramos	
22.1 APGAR <u>09</u> (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN <u>01</u> (A los 5 minutos) 23. TAMIZ AUDITIVO <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.2 Hepatitis B <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.3 (A) <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 24.4 (K) <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Ninguna aparente</u> b) <u></u>	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> → ¿Se usaron fórceps? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: <u></u>	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Oportunidades <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>Hra Adolfo López Mateos</u> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>DEFINIST01010101</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1321</u> 28.3 Núm. Exterior <u>1011030</u> 28.4 Núm. Interior <u>551312121010</u> 28.5 Tipo de asentamiento humano <u>Alvaro Obregón</u> 28.6 Nombre del asentamiento humano <u>Distrito Federal</u> 28.7 Código Postal <u>551312121010</u> 28.8 Localidad 28.9 Municipio o delegación 28.10 Entidad federativa	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> Otro especialista* <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MIP <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique: <u></u>	
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Avenida</u> <u>Universidad</u> <u>1321</u> <u>1011030</u> 30.1 Tipo de vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior	
<u>colonia</u> <u>Florida</u> <u>Alvaro Obregón</u> <u>Distrito Federal</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa	
31. NOMBRE <u>Beatriz</u> <u>Vallarta</u> <u>Rodriguez</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> Médico Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> *Especifique: <u></u>	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>4011382</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 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Avenida</u> <u>Universidad</u> <u>1321</u> <u>1011030</u> 35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior	
<u>colonia</u> <u>Florida</u> <u>Alvaro Obregón</u> <u>Distrito Federal</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono	
36. FIRMA <u></u> 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>14/06/2016</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



020077452