

| DATOS DE LA MADRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> 16 Separada <input type="radio"/> 17 Divorciada <input type="radio"/> 18 Viuda <input type="radio"/> 19 Soltera <input type="radio"/> 20 Casada <input checked="" type="radio"/> 21<br>7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO<br>Calle <u>Violeta</u> 7.1 Tipo de vía<br>Colonia <u>Buenavista</u> 7.2 Nombre de la vía<br>7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cuauhtemoc</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano<br>7.8 Localidad <u>Ciudad de México</u> 7.9 Municipio o delegación<br>7.10 Entidad federativa <u>555 0817465</u> 7.11 Teléfono |  | 8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99<br>9. NÚMERO DE HIJOS (AS)<br>9.1 Nacidos Muertos (as) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 99<br>9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99<br>9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99<br>10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ<br>Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> 10.1 Muerto (a) <input type="radio"/> 10.2 No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 10.3 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 12. ATENCIÓN PRENATAL<br>12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta<br>Primero <input checked="" type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>12.3 Total de consultas recibidas <u>12</u> Se ignora <input type="radio"/> 99                                                                                                                                                       |  | 13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2<br>13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción<br>14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS Prospera <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>15. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> 1 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>15.1 La escolaridad se otorgó en<br>Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 |  |
| 16. OCUPACIÓN HABITUAL<br>Ama de casa <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO<br>Día <u>30</u> Mes <u>01</u> Año <u>2018</u> Hora <u>11</u> Minutos <u>23</u><br>18. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2<br>19. EDAD GESTACIONAL <u>40</u> Semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 20. TALLA <u>50</u> Centímetros<br>21. PESO AL NACER <u>3640</u> Gramos<br>22. APGAR<br>(A los 5 minutos) <u>08</u><br>23. TAMIZ AUDITIVO<br>Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS<br>24.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2<br>24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2<br>24.3 (A) Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2<br>24.4 (K) Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2<br>25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO<br>Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelos <input type="radio"/> 2 Trios <input type="radio"/> 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO<br>a) <u>Ninguna aparente</u><br>b) <u>Ninguna aparente</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | CÓDIGO DE<br>(Español)<br>(Español)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO<br>Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4<br>¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2<br>Cesárea <input checked="" type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS Prospera <input type="radio"/> 2<br>IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10<br>Hospital Regional 1° de Octubre <input type="radio"/> 11<br>28.1 Nombre de la unidad médica<br>DF 1ST 000090 <input type="radio"/> 12<br>28.2 Clave única del establecimiento de salud (CLUES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO<br>Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro especialista <input type="radio"/> 12<br>Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Parto <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 5<br>*Especifique                                                                                                                                                                                                                                    |  | 30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO<br>Avenida <u>Instituto Politécnico Nacional</u> 30.1 Tipo de vía<br>Colonia <u>Magdalena de las Salinas</u> 30.2 Nombre de la vía<br>30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Guillermo A. Madero</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano<br>30.8 Localidad <u>Ciudad de México</u> 30.9 Municipio o delegación<br>30.10 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 31. NOMBRE <u>Laura</u> Nombre (a)<br>32. CERTIFICADO POR<br>Médico pediatra <input type="radio"/> 1 Médico Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 8 Enfermera <input type="radio"/> 9<br>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 10 Parto <input type="radio"/> 11<br>33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>10379002 Número de cédula profesional                                                                                                                                                                            |  | 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA<br>34.1 Nombre de la unidad médica<br>34.2 Clave única del establecimiento de salud (CLUES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 35. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>Avenida <u>Instituto Politécnico Nacional</u> 35.1 Tipo de vía<br>Colonia <u>Magdalena de las Salinas</u> 35.2 Nombre de la vía<br>35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Guillermo A. Madero</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano<br>35.8 Localidad <u>Ciudad de México</u> 35.9 Municipio o delegación<br>35.10 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                                      |  | 36. FIRMA<br>37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>30012018</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |

