

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE		Brenda		Arthene		Peña		Salinas	
		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)								Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO									
2.1 Municipio o delegación								2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO		4. EDAD		5.1 ¿Se considera indígena?		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?		5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
01/04/1983		13/4		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
Día Mes Año		Años							
6. ESTADO CONYUGAL		En unión libre <input checked="" type="radio"/> 15		Separado <input type="radio"/> 16		Divorciado <input type="radio"/> 13		Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input type="radio"/> 12 Casada <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		Calle		Carretera		S/N		S/N	
		7.1 Tipo de vialidad		7.2 Nombre de la vialidad		7.3 Núm. Exterior		7.4 Núm. Interior	
7.5 Tipo de asentamiento humano		7.6 Nombre del asentamiento humano		7.7 Código Postal		7.8 Localidad		7.9 Municipio o delegación	
7.8 Localidad		7.9 Municipio o delegación		7.10 Entidad federativa		7.11 Teléfono			
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		9. NÚMERO DE HIJOS (AS)		10. EL PRIMOGÉNITO (A)		10.1 Vive aún		11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considera vivos, muertos, múltiples)	
011 Se ignora <input type="radio"/> 99		9.1 Nacidos Muertos (as) 010 Se ignora <input type="radio"/> 99		ANTERIOR NACÍO		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		011 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		9.2 Nacidos Vivos (as) 011 Se ignora <input type="radio"/> 99		Nunca tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9			
		9.3 Sobrevivientes 011 Se ignora <input type="radio"/> 99							
12. ATENCIÓN PRENATAL		12.1 ¿Recibió atención?		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta		12.3 Total de consultas recibidas			
12.1 ¿Recibió atención?		Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Primero <input checked="" type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		07 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		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Desplazado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
15. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7		15.1 La escolaridad seleccionada es		Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
16. OCUPACIÓN HABITUAL		Empleada		Se ignora <input type="radio"/> 99		16.1 Trabaja actualmente		Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		18. SEXO		19. EDAD GESTACIONAL	
24/01/2018 15:56		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2		17.37 Semanas	
20. TALLA		21. PESO AL NACER		22.1 APGAR	
46 Centímetros		2.030 Gramos		10.9 (A los 5 minutos)	
22.2 SILVERMAN		23. TAMIZ AUDITIVO			
6.1 (A los 5 minutos)		Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO			
24.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3			
24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					
24.3 (A) Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					
24.4 (K) Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO		CÓDIGO CIE		Uso exclusivo del personal codificador	
a) Ninguna					
b)					
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO		28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO			
Eutócico <input type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4 → ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		San Carlos		Via pública <input type="radio"/> 11	
		28.1 Nombre de la unidad médica		Hogar <input type="radio"/> 12	
		28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Otro lugar <input type="radio"/> 13	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO		30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO			
Médico <input type="radio"/> 1 → Gineco-obstetra <input type="radio"/> 11 Otro especialista* <input type="radio"/> 12		Calle Hacienda de Xayay		84	
Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 3		Colonia Tmangara		30.3 Núm. Exterior	
		Nezahualcoyotl		30.4 Núm. Interior	
		Estado de México		571130	
		30.7 Código Postal			
		30.8 Tipo de asentamiento humano			
		30.9 Entidad federativa			
		30.10 Entidad federativa			

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> <i>Luis</i> <i>Javier</i> <i>Ornela</i> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido </div>	32. CERTIFICADO POR <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> Médico Médico pediatra <input type="radio"/> 1 Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 2 Enfermera <input type="radio"/> 3 </div> <div style="width: 40%;"> Autoridad civil* <input type="radio"/> 6 <i>General</i> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">*Especifique</p>
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>5250894</i></div> <p style="font-size: small;">Número de cédula profesional</p>	34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <p style="font-size: small;">34.1 Nombre de la Unidad Médica</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>Hacienda de Xajar</i></div> </div> <div style="width: 40%;"> <p style="font-size: small;">34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>84</i></div> </div> </div>
35. DOMICILIO Y TELÉFONO <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <p style="font-size: small;">35.1 Tipo de vivienda</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>Calle</i></div> </div> <div style="width: 40%;"> <p style="font-size: small;">35.2 Número de la vivienda</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>Impulsa</i></div> </div> </div> <p style="font-size: small;">35.3 Tipo de asentamiento humano</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>Colonias</i></div> <p style="font-size: small;">35.4 Municipio o delegación</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>Nozaltepec</i></div> <p style="font-size: small;">35.5 Localidad</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>Impulsa</i></div> <p style="font-size: small;">35.6 Entidad federativa</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>Estado de México</i></div> <p style="font-size: small;">35.7 Código Postal</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>57130</i></div> <p style="font-size: small;">35.8 Teléfono</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>571301415</i></div>	36. FIRMA <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>[Firma]</i></div>
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <p style="font-size: small;">Día</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>25</i></div> <p style="font-size: small;">Mes</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>01</i></div> <p style="font-size: small;">Año</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>2018</i></div> </div> <div style="width: 40%;"> <p style="font-size: small;">38.1 Fecha de nacimiento</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; font-size: large; font-weight: bold; margin-top: -20px;"><i>[Firma]</i></div> </div> </div>	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

SANATORIO

**SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE**

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

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, ASÍ COMO A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



022973125