SECRETARÍA DE SALUD ERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

NEGRATOLA 61

	. NOMB	RE	Finka		Apellido paterno	Apellido m	aterno
			Nombre (s)	NURE	1910112181M	DENHEOS	Se Ignora 99
1	.1 CLA	/E ÚNICA DE REGISTRO	DE POBLACIÓN (CUF	(P) IN OF	-	Lita Factors	
2	LUGA	R DE NACIMIENTO	1 / 101/2	ets)		2.2 Enudate tadentifiva o país (si e	s extranjera)
1.	_	1210	2.1 Municipio o delegac	ión A ESTADO CON	YUGAL	Soltera O	Casada 🔘 11 Se ignora 🔾 99
1	3. FECH	A DE NACIMIENTO		771 En unión libre	15 Separada O 16 Divorciada	O ₁₃ Viuda O ₁₄ Solista O ₁ ,	Casada 🛇 11 Se ignora 🔾 99
		DENCIA HABITUAL Y TE	Dia Mes	UNE I	D.	enre de Chie	2645CO 1111
	5. RES	C COZOLA	es Edific	52 Colonia	- NOV 102 10	.5.3 Localidad	
		5.1 Calle y número	lava	1 1 1 - 5	5 Entidad federativa o país (si resid	e en el extranjero)	5.6 Teléfono
			cipio o delegación		7. NÚMERO DE HIJOS (AS	NACIDOS (AS) MUERTOS (AO)	CC Se ignora Ogg
DR	6. NÚI	MERO DE EMBARAZOS (incluye at actual)	Se ignora Og	9. EL (LA) HIJO (A) Vivo (a)	O1 → 9.1 Vive aún Si O1 5	2 Fecha de nacimiento del hijo (a) lel embarazo anterior
A IN	8. NÚ	MERO DE HIJOS (AS)	.1 Nacidos (as) vivos (a	as) O Se ignora O 9		02 No 02	
)E L			incluye el actual) 3.2 Sobrevivientes	OI Se ignora Og	No ha tenido otros hijos (as	Se ignora Og	Día Mes Ano 1 11.3 Total de consultas recibida
SC	40.0	RDEN DEL NACIMIENTO		11. ATENCIÓN PRENATAL	1 11.2 Trimestre en el qu	e recibió la primera consulta	110 Se ignora Ogs
DAT	(cons	idere vivos. tos, múltiples)	Se ignora Ogg	11.1 ¿Recibió atención? SI 3 No 2 Se ign	nora 0 9 Primero 🛞 1 Segund	Tercero 3 Se ignora	9
244		VIVE LA MADRE?	2 0	12.1 En caso negativo,	escriba el número de folio del Certi	licado de Deldrios.	i i a affinción
			SI Ø1 No O2	O. SEDENA O.5	Seguro Popular 0 7	0.	guridad social o afiliación E 790 (28-2
	ASE	RVICIOS	INS O PEMEX (33		ignora Ogg	Profesional O8 Se ignora Og
		SALUD SALUD Ningur	- 02	completa O 2 Secundaria	111001117-1-0-4	preparatoria incompleta 6 o preparatoria completa 7	Posgrado O ₁₀
	14.	ESCULARIDAD TAIIIGU		completa 3 Secundar	ria completa 5 Bachillerat	15.1 Trabaja actualmente	
	15.	OCUPACIÓN HABITUAL	Seco	retaina	Se ignora 🔘	99	SI No 2 Se ignora 0
1	1			The state of the s	17. SEXO		GESTACIONAL 40 Sems
	16.	FECHA Y HORA DEL NA		0.61201510	Hora Minutos	nbre 🚱 1 Mujer 🔾 2	RMAN (a los cinco minutos)
			20. PESO AL	NACER	21.1 APGAR (a los cinc	10161	
		TALLA 52 centi	metros	3 3 7 8 Vitaminas	23. TAMIZ NEONATAL		RODUCTO DE UN EMBARAZO
	22	APLICACIÓN DE VACU			Sí ©1 23 1 Metahólico Sí O	23.2 Auditivo Si O1 Único	Q₁ Gemelar 2 Tres o má
L.	22	No	Hepatitis B	22.3 (A) No (A)	No O2 No O2	2 1002	CLAVE C
1	H 2	ANOMALÍAS CONGÉN	ITAS, ENFERMEDADE	ES O LESIONES DEL NACIDO	OVIVO		1-1-1
1	NACIMIEN 22	1/4	a a my	ente			
	Z a	Niviolog	Ter repair				
3	Y DEL	6. PROCEDIMIENTO UTI	I IZADO EN EL NACIA	AIENTO .			
E C	9 2	Parto normal 0 1	Cesarea 🗴 2	Fórceps O 3 . Otro (8 Especifique		1 Via públic
N DE	50	27. SITIO DE ATENCIÓN I		O IMSS O ₂	Otra unidad O 8 Cenho	Medico Notorova	20 cle NCLIEMPLE. Hoga
CIO	CID	Secretaria 0 1 ISSS	STE 34 SEDENA	Oportunidades 2	publics - I -	FILS TIPICO	5.3.1 R Otro luga
OTEC	NA	IMSS O ₃ PEN	MEX O ₅ SEMAR	107	Unidad médica privada 10 27.	2 Ciave Única de Establecimientos o	e Salud (CLUES)
2	III		-				
0		DO DEDOONA OHE ATEL	NDIÓ EL PARTO				
S DE PR	rosp	28. PERSONA QUE ATEI	-losmora O	Persona autorizada por la Secretaria de Salud	Partera O 4 Otro O 8 —	Espec	figue
NTOS DE PR	DATOS DEL NACIDO VIVO Y	Médico 1 E	Enfermera O 2	autorizada por la Secretaria de Salud	Partera O 4 Otro O 8 —	Espec	fique
IMIENTOS DE PR	DATOS D	Médico Q 1	GAR DONDE OCURRI	autorizada por la Secretaria de Salud	Del Valle	29.3 Loc	alidad _
INEAMIENTOS DE PR	DATOS D	29. DOMICILIO DEL LUC A VENICA 29.1 Calle	GAR DONDE OCURRIL FELX (JE)	autorizada por la Secretaría de Salud O EL NACIMIENTO VOLS SOH 29.2 C	Partera 4 Otro 08 —	29.3 Lot	alidad
OS LINEAMIENTOS DE PR	DATOS D	Médico Q 1	GAR DONDE OCURRI	autorizada por la Secretaría de Salud O EL NACIMIENTO VOLS SOH 29.2 C	Del Valle	Dishito teco	alidad L V C J L derativa
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS LE LA MADRE	DATOS D	29. DOMICILIO DEL LUC A VENICA 29.1 Calle	GAR DONDE OCURRI FELIX (JE) a y número 29.4 Municipio	autorizada por la Secretaria de Salud O EL NACIMIENTO VOLS SCH 29.2 C o delegación	Del Valle.	Di shito Tec 29,5 Entidad for	alidad
LOS LINEAMIENTOS DE PR		Médico Q 1 29. DOMICILIO DEL LUC AVENICA 29. TOBIL 30. NOMBRE	GAR DONDE OCURRING FELIX (JEA a y número 29.4 Municiplo	autorizada por la Secretaría de Salud O EL NACIMIENTO VOLS SOH 29.2 C	Del Valle Jerez Apelido paterr	29.3 Love 120.3 Love 1	alidad LEVEL derativa OY - Co
LOS LINEAMIENTOS DE PR		Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC PARCINICA 79.1 Calle 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF	GAR DONDE OCURRIL FELLX (Jet a y número Jet, 4 Municipio	autorizada por la Secretaria de Saludo 3 6 EL NACIMIENTO 4.2.5 SSA 7 29.2.0 o delegación CCCC Nombre (s)	Del Valle Jerez Apellido paterr Person autorizada por la	29.3 Love tecconomic description of the control of	alidad Lical derativa SY = 103 B Especifique
LOS LINEAMIENTOS DE PR		Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Calla 29.1 Calla 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra O 1	GAR DONDE OCURRING FELLX CUEN by número 29.4 Municipio AV Médico gineco-obstetra	autorizada por la Secretaria de Saludo 3 6 EL NACIMIENTO 4.2.5 SSA 7 29.2.0 o delegación CCCC Nombre (s)	Del Valle Jerez Apellido paterr Person autorizada por la	29.3 Love tecconomic description of the control of	alidad Li V C. L. derativa SY = 1.03 Silids materno
LOS LINEAMIENTOS DE PR		Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Calle BEATTO 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN	GAR DONDE OCURRING FELLX CUEN By numero 29,4 Municipio Médico gineco-obstetra TTE ES MÉDICO	autorizada por la Secretaria de Salud	Del Valle Jerrez Apellido paterr Persona autorizada por la Secretarria de Salud ILIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA	29.5 Entidad fr 29.5 Entidad fr 29.5 Entidad fr Autoridad Coval	alidad Le L
	CERTIFICANTE	Médico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC AVENTA 2 29.1 Calle 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra 0 32. SI EL CERTIFICAN Número de	SAR DONDE OCURRIL FELIX (JE) a y número 29,4 Municipio Médico gineco-obstetra () TE ES MÉDICO 3 (ES) e cédula profesional	autorizada por la Secretaria de Salud	Del Valle Jerez Apellido paterr Person autorizada por la	29.5 Entidad fr 29.5 Entidad fr 29.5 Entidad fr Autoridad Coval	alidad Li V C. L. derativa SY = 1.03 Silids materno
	CERTIFICANTE	Médico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC A VICINICA 2 29.1 Calle Beant TO 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra 0 12. SI EL CERTIFICAN Numero de 34. DOMICILIO Y TEL	SAR DONDE OCURRING FELIX (Jet a y número. 29.4 Municipilo Médico gineco-obstetra () TE ES MÉDICO 3 (BS) a cédula profesional ÉFONO	autorizada por la Secretaria de Salud 3 6 EL NACIMIENTO 29.2 C o delegación CL CL Nombre (s) 33. SI EL NACIM	Del Valle Jayez Apellido paterr Persona autorizada por la Secretaría de Salud IIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombre de la unidad médica Del Valle	293 Lot 122 29.5 Entidad for Application of Applica	alidad La V C L derativa SY = C S silida materno 6 Especifique UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA ca de Establecimientos de Salud (CL
	CERTIFICANTE	Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Call 29.1 Call 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POR Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENICA: 34.1 CALLO 34.1 CAL	SAR DONDE OCURRIL FELLX (JEL a y número 23.4 Municipio Médico gineco-obstetra O TE ES MÉDICO 3 (85 e cédula profesional ÉFONO TELX Outable alle y número	autorizada por la Secretaria de Salud 3 6 EL NACIMIENTO 4 C. S.	Del Valle Jayez Apellido paterr Persona autorizada por la sucretarra de Salud IIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombre de la unidad médica Del Valle 2 Colonia Dis N	29.3 Lot 120. 29.5 Entidad In April 29.5 En	alidad derativa SY = \C.\\ Silida materno 8
		Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Call 29.1 Call 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POR Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENICA: 34.1 CALLO 34.1 CAL	SAR DONDE OCURRIL FELLX (JEL a y número 23.4 Municipio Médico gineco-obstetra TE ES MÉDICO 3 7 85 e cédula profesional ÉFONO TELLX (JEL alle y número	autorizada por la Secretaria de Salud O EL NACIMIENTO 29.2 C o delegación Otro médico 🛇 2 Enfer 33. SI EL NACIM EVCL 3 34.	Del Valle Jeavez Apellido paterr Persona autorizada por la Secretarria de Salud ILIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombra de la unidad médica Del Valle 2 Colonia 34.5 Entidi	293 Lot 29.5 Entidad fr 29.5 Entidad fr 29.5 Entidad fr Ap Autoridad Civil UNIDAD MEDICA, COUAL ES LA 33.2 Clave Unit	alidad ALL CAL derativa OF SC Silida materno BESPECIFIQUE UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA ca de Establecimientos de Salud (CL 34.6 Teléfono
	CERTIFICANTE	Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Call 29.1 Call 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POR Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENICA: 34.1 CALLO 34.1 CAL	SAR DONDE OCURRING FELLX (Jet a y número) 3 Médico gineco-obstetra O TELS MÉDICO) 6 Cédula profesional FONO FELLX (Jet a de la manage de la m	autorizada por la Secretaria de Salud O EL NACIMIENTO 29.2 C o delegación Otro médico 🛇 2 Enfer 33. SI EL NACIM EVCL 3 34.	Del Valle Jeavez Apellido paterr Persona autorizada por la Secretarria de Salud ILIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombra de la unidad médica Del Valle 2 Colonia 34.5 Entidi	29.3 Lot 120. 29.5 Entidad In April 29.5 En	alidad Aderativa OF CA Iderativa Definition of the control of
	DATOS DEL CERTIFICANTE	Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Calle 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENCE 35. FIRMA	GAR DONDE OCURRING FELLX CLEA a y número 29.4 Municipio Médico gineco-obstetra TE ES MÉDICO 3 9 Sérono Fellx CLE 34.4 Municipio o dole 34.4 Municipio o dole	autorizada por la Secretaria de Salud 3 6 EL NACIMIENTO 29.2 C 0 delegación CCCI Nombre (s) 33. SI EL NACIM 34.	Del Valle Jayez Apellido paterr Persona autorcada por la sucretaría de Salud IIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombra de la unidad médica Del Valle 2 Colonia Dis N 34.5 Enddi	29.3 London 12.0 29.5 Entidad fo Ap Aptorios Of Civil Control of	alidad Aderativa OV - Ca Aderativa OF - Ca Bespecifique UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA Cocalidad S 2 0 5 0 0 34 6 Teléfono Dia Mes Año
	DATOS DEL CERTIFICANTE	Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Calle 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENCE 35. FIRMA	SAR DONDE OCURRIL FELLX (JEL a y número 29,4 Municipio Médico gineco-obstetra O 31 ES a cédula profesional ÉFONO FELLX 34,4 Municipio o dete	autorizada por la Secretaria de Salud O EL NACIMIENTO 29.2 C o delegación Otro médico 🛇 2 Enfer 33. SI EL NACIM EVCL 3 34.	Del Valle Jayez Apellido paterr Persona autorcada por la sucretaría de Salud IIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombra de la unidad médica Del Valle 2 Colonia Dis N 34.5 Enddi	293 Lot 29.5 Entidad fo 29.5 Entidad fo Approva O Scivil UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA 33.2 Clave Unit 34.3 de federativa FECHA DE CERTIFICACIÓN	alidad AC / C Aderativa ON S Especifique UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA DIA MÉDICA QUE CERTIFICA SA de Establecimientos de Salud (CL 34.6 Teléfono JE / C. / J. / S. Día Mes Año C.M.N. "20 DE NOV
	DATOS DEL CERTIFICANTE	Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Calle 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENCE 35. FIRMA	GAR DONDE OCURRING FELLX CLEA a y número 29.4 Municipio Médico gineco-obstetra TE ES MÉDICO 3 9 Sérono Fellx CLE 34.4 Municipio o dole 34.4 Municipio o dole	autorizada por la Secretaria de Salud 3 6 EL NACIMIENTO 29.2 C 0 delegación CCCI Nombre (s) 33. SI EL NACIM 34.	Del Valle Jayez Apellido paterr Persona autorcada por la sucretaría de Salud IIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombra de la unidad médica Del Valle 2 Colonia Dis N 34.5 Enddi	29.3 London 12.0 29.5 Entidad fo Ap Aptorios Of Civil Control of	alidad Aderativa Discontinue Carriero SESPECIÁQUE UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA ca de Establecimientos de Salud (CL Cocalidad SECIÓN AS Teléfono Día Mes Año C.M.N. "20 DE NOV I S S S T
	DATOS DEL CERTIFICANTE	Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Calle 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENCE 35. FIRMA	GAR DONDE OCURRING FELLX CLEA a y número 29.4 Municipio Médico gineco-obstetra TE ES MÉDICO 3 9 Sérono Fellx CLE 34.4 Municipio o dole 34.4 Municipio o dole	autorizada por la Secretaria de Salud 3 6 EL NACIMIENTO 29.2 C 0 delegación CCCI Nombre (s) 33. SI EL NACIM 34.	Del Valle Jayez Apellido paterr Persona autorcada por la sucretaría de Salud IIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombra de la unidad médica Del Valle 2 Colonia Dis N 34.5 Enddi	29.3 London 12.0 29.5 Entidad fo Ap Aptorios Of Civil Control of	alidad AC / C Aderativa ON S Especifique UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA DIA MÉDICA QUE CERTIFICA SA de Establecimientos de Salud (CL 34.6 Teléfono JE / C. / J. / S. Día Mes Año C.M.N. "20 DE NOV
	DATOS DEL CERTIFICANTE	Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Calle 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENCE 35. FIRMA	GAR DONDE OCURRING FELLX CLEA a y número 29.4 Municipio Médico gineco-obstetra TE ES MÉDICO 3 9 Sérono Fellx CLE 34.4 Municipio o dole 34.4 Municipio o dole	autorizada por la Secretaria de Salud 3 6 EL NACIMIENTO 29.2 C 0 delegación CCCI Nombre (s) 33. SI EL NACIM 34.	Del Valle Jayez Apellido paterr Persona autorcada por la sucretaría de Salud IIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombra de la unidad médica Del Valle 2 Colonia Dis N 34.5 Enddi	29.3 London 12.0 29.5 Entidad fo Ap Aptorios Of Civil Control of	alidad Aderativa Discontinue Carriero SESPECIÁQUE UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA ca de Establecimientos de Salud (CL Cocalidad SECIÓN AS Teléfono Día Mes Año C.M.N. "20 DE NOV I S S S T
	DATOS DEL CERTIFICANTE	Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Calle 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENCE 35. FIRMA	GAR DONDE OCURRING FELLX CLEA a y número 29.4 Municipio Médico gineco-obstetra TE ES MÉDICO 3 9 Sérono Fellx CLE 34.4 Municipio o dole 34.4 Municipio o dole	autorizada por la Secretaria de Salud 3 6 EL NACIMIENTO 29.2 C 0 delegación CCCI Nombre (s) 33. SI EL NACIM 34.	Del Valle Jayez Apellido paterr Persona autorcada por la sucretaría de Salud IIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombra de la unidad médica Del Valle 2 Colonia Dis N 34.5 Enddi	29.3 London 12.0 29.5 Entidad fo Ap Aptorios Of Civil Control of	alidad Aderativa Discontinue Carriero SESPECIÁQUE UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA ca de Establecimientos de Salud (CL Cocalidad SECIÓN AS Teléfono Día Mes Año C.M.N. "20 DE NOV I S S S T
509155	DATOS DEL CERTIFICANTE	Medico D 1 29. DOMICILIO DEL LUC 29.1 Calle 30. NOMBRE 31. CERTIFICADO POF Médico pediatra O 1 32. SI EL CERTIFICAN 34. DOMICILIO Y TEL AVENCE 35. FIRMA	GAR DONDE OCURRING FELLX CLEA a y número 29.4 Municipio Médico gineco-obstetra TE ES MÉDICO 3 9 Sérono Fellx CLE 34.4 Municipio o dole 34.4 Municipio o dole	autorizada por la Secretaria de Salud 3 6 EL NACIMIENTO 29.2 C 0 delegación CCCI Nombre (s) 33. SI EL NACIM 34.	Del Valle Jayez Apellido paterr Persona autorcada por la sucretaría de Salud IIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA 33.1 Nombra de la unidad médica Del Valle 2 Colonia Dis N 34.5 Enddi	29.3 London 12.0 29.5 Entidad fo Ap Aptorios Of Civil Control of	alidad Aderativa DY = 1.03 Silida materno S

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE. INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTÁ 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 ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, ver excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.
- Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.
- Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregândose el original a la madra con la instrucción de llevario lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.
- La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRÁTAS" para realizar correcciones
- Para las instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Llane un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, ejabore tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- 🛪 🖺 En et tienado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxiliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Marque con una "X", sobre el circulo correspondiente a cada respuesta. Warque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.
- Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.
- o Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del ple derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con al miembro derecho registre la huella del izquierdo.
- Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) NOMBRE. Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre (s), seguido de los apellidos paterno y materno; tal cual eserces
- LUGAR DE NACIMIENTO. Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".
- RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO. Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de éste.
- MÚMERO DE EMBARAZOS. Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, si nacieron ivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.
- NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS). Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, al la mujer no ha tanido hijos e hijas nacidos muertos, anote "00" (ceros). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expuisión o su extracción completa del cuerpo de la magra, independignismente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hacho de que después de la expuisión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
- NÚMERO DE HIJOS (AS). Anote en 8.1 el total de hijos (as) nacidos (as) vivos (as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo el nacimiento actual. En 8.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo esta nacimiento.
- EL (LA) HUO (A) ANTERIOR NACIÓ. Si aste es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) antarior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el cia, 2 dígitos para el mas y 4 dígitos para el año.
- CRDEN DE NACIMIENTO. Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para al caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponda a cada producto.
- ATENCIÓN PRENATAL. 11. i Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso sifirmativo anote en 11.2 el trimastre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ¿VIVE LA MADRE?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD. Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informanta. Admite hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.
- ESCOLARIDAD. Anote la opción que Indique el nível máximo de estudios aprobado. Si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 15.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo o labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.
- FECHA Y HORA DE NACIMIENTO. Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: [0][0][0][0][].
- SEXO. Característica biòlógica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (a) efección (es) en la variable 25.
- EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo en sernanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.
- PESO AL NACER. Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si al nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos: (2,3,5,0) Gramos
- APGAR. Registre la celificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cerdiaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero e diez.
- SILVERMAN. Registre la calificación obtanida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido 21.21 despiratorio, tiraje intercostal, retacción xifoidea, alateo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO. Marque si se aplicó o no, sn 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 221
- 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.
- TAMIZ NECNATÁL. Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO. Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).
- ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO. Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y 25) anomalias cromosómicas, así como afecciones originadas, anótelas en el aspacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe espacificar anotando la frase "Ninguna aparente".
- PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO. Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especificar en el espacio contiguo.

 SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?. En el caso de que no haya sido posible certificar
- 331 nacimiento en el sitlo de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.

PE DE ERRATAS:	libre & Se	-41.	Sello oficial de la Institución
			O WEDICO WAC
2) Núm. de pregunta Corrección	81		
S) Núm. de pragunta Corrección			SOF MENTS BE