



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

FOLIO  
017570683

1. NOMBRE Nombre (s) <u>Martha de Jesús</u> Apellido paterno <u>Chaverra</u> Apellido materno <u>Pacheco</u>		
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>[blank]</u> Se ignora <input type="radio"/>		
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Alvaro Obregón</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero) <u>D.F. Federal</u>		
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>11/11/1986</u> Día Mes Año		
4. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 15 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input type="radio"/> 12 Casada <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 5.1 Calle y número <u>Brachio Maldonado 125</u> 5.2 Colonia <u>Carbancito 10</u> 5.3 Localidad <u>Casa 12A Consejo Agrarista</u> 5.4 Municipio o delegación <u>Iztapalapa</u> 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>D.F. Federal</u> 5.6 Teléfono <u>65478343</u>		
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) <u>[blank]</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 8.2 Si sobrevivientes <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO Vivo (a) <input type="radio"/> 1 Muerto (a) <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 No ha tenido otros hijos (as) <input checked="" type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 8 9.1 Vive con <input type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior <u>[blank]</u> Día Mes Año		
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		
11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <u>Primero</u> Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4 11.3 Total de consultas recibidas <u>6</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		
12. ¿VIVE LA MADRE? <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 Ocas <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 6 Oportunidades <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 8 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>LE05-B30626/3</u>		
14. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 6 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 8		
15. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Vagante</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 Trabajo actualmente <input type="radio"/> 1 Si <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4		

DATOS DE LA MADRE

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>06/09/2015 11:45</u> Día Mes Año Hora Minutos		
17. SEXO <input type="radio"/> 1 Hombre <input checked="" type="radio"/> 2 Mujer <input type="radio"/> 3		
18. EDAD GESTACIONAL <u>37</u> Semanas		
19. TALLA <u>1.49</u> Centímetros		
20. PESO AL NACER <u>2.540</u> Gramos		
21.1 APGAR (a los cinco minutos) <u>9</u>		
21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos) <u>10</u>		
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 22.2 Hepatitis B <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 22.3 (A) <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 22.4 (H) <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 22.5 Vitamina K <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3		
23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 23.2 Auditivo <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3		
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tris o más <input type="radio"/> 3		
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO. CLAVE CIE <u>[blank]</u>		
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input checked="" type="radio"/> 1 Cesárea <input type="radio"/> 2 Fórceps <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Especifique <u>[blank]</u>		
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Oportunidades <input type="radio"/> 4 Otra unidad pública <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 6 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 27.1 Nombre de la unidad médica <u>Hosp. Regional Zaragoza</u> 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>[blank]</u>		
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 5 Especifique <u>[blank]</u>		
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 29.1 Calle y número <u>Calzada Ignacio Zaragoza 1711</u> 29.2 Colonia <u>Ejército Constitucionalista</u> 29.3 Localidad <u>Iztapalapa</u> 29.4 Municipio o delegación <u>D.F. Federal</u> 29.5 Entidad federativa <u>D.F. Federal</u>		

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

30. NOMBRE Nombre (s) <u>Roberto</u> Apellido paterno <u>Correza</u> Apellido materno <u>Narvaez</u>		
31. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> 1 Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Enfermera <input type="radio"/> 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 5 Partera <input type="radio"/> 6 Autoridad civil <input type="radio"/> 7 Especifique <u>[blank]</u>		
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>2122645</u>		
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? 33.1 Nombre de la unidad médica <u>[blank]</u> 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>[blank]</u>		
34. DOMICILIO Y TELÉFONO 34.1 Calle y número <u>Calzada Ignacio Zaragoza 1711</u> 34.2 Colonia <u>Ejército Constitucionalista</u> 34.3 Localidad <u>Iztapalapa</u> 34.4 Municipio o delegación <u>D.F. Federal</u> 34.5 Entidad federativa <u>D.F. Federal</u> 34.6 Teléfono <u>[blank]</u>		
35. FIRMA <u>[signature]</u>		
36. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>06/09/2015</u> Día Mes Año		

DATOS DEL CERTIFICANTE

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL BEBÉN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 15 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. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

017570683