



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

Modulo 2015
FOLIO

027154381

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, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE Nombre (s) <u>VERONICA</u> Primer Apellido <u>CUTINO</u> Segundo Apellido <u>RAMIREZ</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>CUURIV9130411HDFITMIR012</u> Se ignora <input type="radio"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>IZTAPALAPA</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>DISTRITO FEDERAL</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>11/10/41/99</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>27</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Haba alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" 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 7.1 Tipo de vivienda <u>CALLE</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>ORIENTE 40</u> 7.3 Núm. Exterior <u>MANZANA 36</u> 7.4 Núm. Interior <u>LOTE 23</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>COLONIA</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>GUADALUPANA</u> 7.7 Código Postal <u>516112</u> 7.8 Localidad <u>GUADALUPANA</u> 7.9 Municipio o delegación <u>VALE DE CHALCO</u> 7.10 Entidad federativa <u>ESTADO DE MEXICO</u> 7.11 Teléfono <u>5616112</u>	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>03</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>03</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/>
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>112</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si <input checked="" 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 Prospera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>80169327949</u>	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>EMPLEADA</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

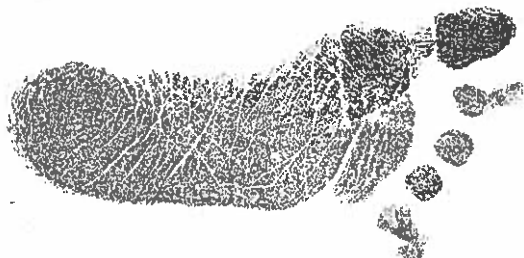
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>11/04/2020</u> <u>11:15:21</u> Día Mes Año Hora Minutos		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>37</u> Semanas
20. TALLA <u>50</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>2610</u> Gramos	22.1 APGAR <u>10.9</u> (A los 5 minutos)	22.2 SILVERMAN <u>10.0</u> (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>	
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.3 (A) Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 25.4 (K) Si <input type="radio"/> No <input checked="" 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? Si <input type="radio"/> No <input checked="" 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 type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS Prospera <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 checked="" type="radio"/> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>GRUPO QUIRURGICO DEL VALLE</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u></u> 28.3 Núm. Exterior <u></u> 28.4 Núm. Interior <u></u> 28.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 28.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 28.7 Código Postal <u></u> 28.8 Localidad <u></u> 28.9 Municipio o delegación <u></u> 28.10 Entidad federativa <u></u>			
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input 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 30.1 Tipo de vivienda <u>AVENIDA</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>ALFREDO DEL HAZO</u> 30.3 Núm. Exterior <u>MANZANA 718</u> 30.4 Núm. Interior <u>LOTE B</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>COLONIA</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>CONCEPCION</u> 30.7 Código Postal <u>516115</u> 30.8 Localidad <u>CONCEPCION</u> 30.9 Municipio o delegación <u>VALE DE CHALCO</u> 30.10 Entidad federativa <u>ESTADO DE MEXICO</u>			

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE Nombre (s) <u>ELIZABETH</u> Primer Apellido <u>SILVESTRE</u> Segundo Apellido <u>TOVAR</u>	
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="radio"/> Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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"/> 32.1 Nombre de la unidad médica <u>MEDICO CIRUJANO</u> 32.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u></u>	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>2199402</u>	
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica <u></u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u></u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>AVENIDA</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>ALFREDO DEL HAZO</u> 35.3 Núm. Exterior <u>MANZANA 718</u> 35.4 Núm. Interior <u>LOTE B</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>COLONIA</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>CONCEPCION</u> 35.7 Código Postal <u>516115</u> 35.8 Localidad <u>CONCEPCION</u> 35.9 Municipio o delegación <u>VALE DE CHALCO</u> 35.10 Entidad federativa <u>ESTADO DE MEXICO</u> 35.11 Teléfono <u>5597108411</u>	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>	37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>11/04/2020</u> Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



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