



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

022269695

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE <u>Ana Fernanda Zempoalteca Hernandez</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>GUSFAV A MADERO</u> <u>Distrito Federal</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>29/09/1997</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>19</u> Años
5.1 ¿Se considera indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? Se ignora <input type="radio"/>	
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 <u>Calle Ignacio Mejía Munzang 20</u> 7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior <u>Colonia Liberales de 1857</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal <u>Se ignora</u> <u>Alvaro Obregón</u> <u>Ciudad de México</u> 7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</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>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/>
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACÍO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> Muerto (a) <input type="radio"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/>	
10.1 Vive aún Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</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>11.5</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 type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Prospera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> <u>351697730051F1997M</u> 14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Empleada</u> Se ignora <input type="radio"/> 16.1 Trabaja actualmente Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

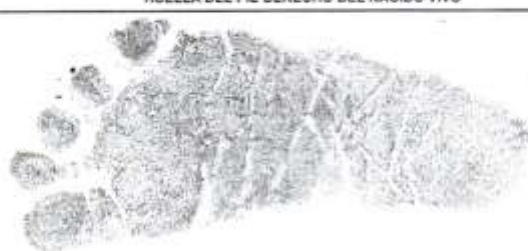
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>14/07/2017</u> <u>15:12</u> Día Mes Año Hora Minutos	18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	19. EDAD GESTACIONAL <u>41</u> Semanas
20. TALLA <u>49</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>3.610</u> Gramos	22.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>9</u>
22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos) <u>0</u>		23. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.3 (A) Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 24.4 (K) Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Vitaminas		
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/>		
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>Sin alteraciones</u> b)		
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> Distócico <input type="radio"/> ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique:		
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>Luis Castelazo Ayala</u> 28.1 Nombre de la unidad médica <u>DIFI MJO10101702</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro especialista <input type="radio"/> Residente <input checked="" type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MP <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:		
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Avenida Río Magdalena</u> 30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la vivienda 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior <u>Colonia Tizapan</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal <u>San Ángel</u> <u>Alvaro Obregón</u> <u>Ciudad de México</u> 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa 30.11 Teléfono		

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE <u>Grecia Germán Rodríguez Acosta</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido	
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"/> Residente <input checked="" type="radio"/> Especifique	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>10904917</u> Número de cédula profesional	
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Río Magdalena</u> <u>284</u> 35.1 Tipo de vivienda 35.2 Nombre de la vivienda 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior <u>Colonia Tizapan</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal <u>San Ángel</u> <u>Alvaro Obregón</u> <u>Ciudad de México</u> 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono	
36. FIRMA <u>[Firma]</u>	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>14/07/2017</u> Día Mes Año	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



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