



# CERTIFICADO DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2010  
FOLIO

ANTES DE LLENAR LA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PROXIMOS 90 DIAS. 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) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted]

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) [redacted] Se ignora  99

2. LUGAR DE NACIMIENTO: 2.1 Municipio o delegación [redacted] 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) [redacted]

3. FECHA DE NACIMIENTO: Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted]

4. ESTADO CONYUGAL: En unión libre  15 Separada  16 Divorciada  13 Viuda  14 Soltera  12 Casada  11 Se ignora  99

5. RESIDENCIA HABITUAL: 5.1 [redacted] 5.2 [redacted] 5.3 Localidad [redacted] 5.4 [redacted] 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [redacted]

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) [redacted] Se ignora  99

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) [redacted] Se ignora  99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS): 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) [redacted] Se ignora  99 8.2 Sobrevivientes [redacted] Se ignora  99

9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ: Vivo (a)  1 Muerto (a)  2 No  3 Se ignora  99

9.1 Vive aún  1 No  2 Se ignora  99

9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior: Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted]

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) [redacted] Se ignora  99

11. ATENCIÓN PRENATAL: 11.1 ¿Recibió atención? Si  1 No  2 Se ignora  99

11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero  1 Segundo  2 Tercero  3 Se ignora  99

11.3 Total de consultas recibidas: [redacted] Se ignora  99

12. ¿VIVE LA MADRE? Sí  1 No  2

12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción [redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1 IMSS  2 PEXEM  4 SEDENA  5 SEMAR  6 Seguro Popular  7 IMSS Oportunidades  10 Otra  8 Se ignora  99

13.1 Número de seguridad social o afiliación [redacted]

14. ESCOLARIDAD: Ninguna  1 Primaria incompleta  2 Secundaria incompleta  4 Bachillerato o preparatoria incompleta  6 Profesional  8 Se ignora  99

Primaria completa  3 Secundaria completa  5 Bachillerato o preparatoria completa  7 Posgrado  10

15. OCUPACIÓN HABITUAL: Ama de casa [redacted] Se ignora  99

15.1 Trabaja actualmente: Sí  1 No  2 Se ignora  99

**DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO**

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: mes [redacted] Año [redacted] Hora [redacted] Minutos [redacted]

17. SEXO: Hombre  1 Mujer  2

18. EDAD GESTACIONAL: [redacted] Semanas

19. TALLA: [redacted] Centímetros

20. PESO AL NACER: [redacted] Gramos

21. APGAR (a los cinco minutos): [redacted]

21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos): [redacted]

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 22.1 BCG  1 No  2 22.2 Hepatitis B  1 No  2 22.3 (A)  1 No  2 22.4 (K)  1 No  2

23. TAMIZ NEONATAL: 23.1 Metabólico  1 No  2 23.2 Auditivo  1 No  2

24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Único  1 Gemelar  2 Tres o más  3

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: a) Ninguna Apparente. CLAVE CIE [redacted] b) [redacted]

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: Parto normal  1 Cesárea  2 Forceps  3 Otro  8 Especifique [redacted]

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud  1 ISSSTE  4 SEDENA  8 Oportunidades  2 Otra unidad pública  8

IMSS  3 PEXEM  5 SEMAR  7 Unidad médica privada  10

Via pública  11 Hogar  12 Otro lugar  13

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico  1 Enfermera  2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud  3 Partera  4 Otro  8 Especifique [redacted]

29. OCURRIÓ EN: 29.1 Municipio o delegación [redacted] 29.2 Colonia [redacted] 29.3 Localidad [redacted] 29.4 Entidad federativa [redacted]

**DATOS DEL CERTIFICANTE**

30. NOMBRE: Nombre (s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted]

31. CERTIFICADO POR: Médico pediatra  1 Médico gineco-obstetra  7 Otro médico  2 Enfermera  3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4 Partera  5 Autoridad civil  6 Especifique [redacted]

32. SI EL CERTIFICANTE ES: [redacted]

33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? [redacted]

34. DOMICILIO: 34.1 Municipio o delegación [redacted] 34.2 Colonia [redacted] 34.3 Localidad [redacted] 34.4 Entidad federativa [redacted]

35. FIRMA: [redacted]

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted]



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