Modelo 2010
FOLIO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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.

01292342 7

DATOS DE LA MADRE

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

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) | | | | | | | | | | | | | | | | | Se ignora ◯ 99

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

3. FECHA DE NACIMIENTO [redacted] Día Mes Año

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

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

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) | 1 | Se ignora ◯ 99

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) | 0 | Se ignora ◯ 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS)
8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) | 1 | Se ignora ◯ 99
8.2 Sobrevivientes | 1 | Se ignora ◯ 99

9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ
Vivo (a) ◯ 1 → 9.1 Vive aún Sí ◯ 1 No ◯ 2 | 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior
Muerto (a) ◯ 2
No ha tenido otros hijos (as) ● 3 Se ignora ◯ 9 | Día Mes Año

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) | 01 | Se ignora ◯ 99

11. ATENCIÓN PRENATAL
11.1 ¿Recibió atención? Sí ● 1 No ◯ 2 Se ignora ◯ 9
11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero ● 1 Segundo ◯ 2 Tercero ◯ 3 Se ignora ◯ 9
11.3 Total de consultas recibidas | 15 | 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

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna ● 1 ISSSTE ◯ 3 SEDENA ◯ 5 Seguro Popular ◯ 7 Otra ◯ 8
IMSS ◯ 2 PEMEX ◯ 4 SEMAR ◯ 6 IMSS Oportunidades ◯ 10 Se ignora ◯ 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

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 | | Se ignora ◯ 99
15.1 Trabaja actualmente Sí ◯ 1 No ● 2 Se ignora ◯ 9

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

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

17. SEXO Hombre ● 1 Mujer ◯ 2

18. EDAD GESTACIONAL | 40 | Semanas

19. TALLA | 55 | Centímetros

20. PESO AL NACER | 3230 | Gramos

21.1 APGAR (a los cinco minutos)

21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)

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

23. TAMIZ NEONATAL
23.1 Metabólico Sí ◯ 1 No ● 2
23.2 Auditivo Sí ◯ 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 CLAVE CIE
a) Ninguna Aparente.
b)

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO
Parto normal ◯ 1 Cesárea ● 2 Fórceps ◯ 3 Otro ◯ 8 Especifique

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
Secretaría de Salud ● 1 ISSSTE ◯ 4 SEDENA ◯ 6 IMSS Oportunidades ◯ 2 Otra unidad pública ◯ 8 [redacted]
IMSS ◯ 3 PEMEX ◯ 5 SEMAR ◯ 7 Unidad médica privada ◯ 10
27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía 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

OCURRIÓ EL NACIMIENTO [redacted]
29.3 Localidad
29.4 Municipio o delegación [redacted] 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

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

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

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
Número de cédula profesional

33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?
Nombre de la unidad médica
33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

34. DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA [redacted]
34.2 Colonia
34.3 Localidad
34.4 Municipio o delegación
34.5 Entidad federativa
34.6 Teléfono

35. FIRMA

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO DIVISION DE PEDIATRIA

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ

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