

ACUERDO por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

MARÍA DE LAS MERCEDES MARTHA JUAN LÓPEZ, Secretaria de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 104, fracción I, 106, 107, 389, fracción I Bis, 389 Bis y 392, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Salud; 3, 7 y 10, de la Ley de Firma Electrónica Avanzada; 90 Bis 1, 90 Bis 2 y 90 Bis 3, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 6 y 7, fracciones XVIII y XXVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la Meta Nacional "México Incluyente", prevé como Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, el cual contempla como Estrategia 2.3.1., Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, para lo cual se consideran entre otras líneas de acción, las relativas a desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran dicho Sistema, fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta.

Que el Enfoque Transversal de la Meta Nacional antes mencionada, prevé en su Estrategia II. Gobierno Cercano y Moderno, entre otras, las líneas de acción referentes a desarrollar políticas públicas con base en evidencia y cuya planeación utilice los mejores, insumos de información y evaluación, diseñar e integrar sistemas funcionales, escalables e interconectados, para hacer más eficientes las transacciones de los organismos públicos de seguridad social e identificar y corregir riesgos operativos críticos con un soporte tecnológico adecuado;

Que el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, contempla dentro de su Objetivo 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, la Estrategia 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud, la cual prevé, entre otras, las líneas de acción, 6.4.3. Fomentar la adopción y uso de sistemas de información de registro electrónico para la salud, 6.4.5. Implementar mecanismos para incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud, 6.4.7. Fortalecer los mecanismos específicos para integrar, usar y explotar la información para la toma de decisiones y 6.4.10. Avanzar en las herramientas que permitan la portabilidad y convergencia de la información básica en materia de salud;

Que el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, considera dentro de su Objetivo 5. Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento, la Estrategia 5.2. Contribuir a la convergencia de los sistemas y a la portabilidad de coberturas en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud mediante la utilización de Tecnologías de la Información y de la Comunicación, prevé la línea de acción 5.2.4. Implementar el Certificado Electrónico de Nacimiento, la Cartilla Electrónica de Vacunación y el Expediente Clínico Electrónico, e integrar información biométrica de pacientes;

Que en términos del artículo 39, fracción VI, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la Secretaría de Salud le corresponde planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud;

Que de conformidad con los artículos 5o. y 7o., de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, cuya coordinación está a cargo de la Secretaría de Salud;

Que en términos de lo dispuesto por la fracción I Bis, del artículo 389, de la Ley General de Salud, para fines sanitarios se extenderán los certificados de nacimiento;

Que el artículo 90 Bis 1, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, dispone que la Secretaría de Salud, mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación, dará a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición de los certificados de nacimiento, y

Que el punto 11.12, de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en

salud, señala que el diseño, impresión, modificación, actualización y distribución a las entidades federativas del Certificado de Nacimiento corresponde a la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información en Salud. Asimismo, el punto 11.13, del citado ordenamiento, señala que la integración de la información del Certificado de Nacimiento en su versión impresa y/o electrónica se realiza en el Subsistema de Información sobre Nacimientos; he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS MODELOS QUE SE UTILIZARÁN COMO FORMATOS PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Artículo Primero. El presente Acuerdo tiene por objeto dar a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, establecidos en los Anexos 1 y 2 del presente instrumento.

Artículo Segundo. El nacimiento de todo nacido vivo ocurrido en territorio nacional se hará constar en el formato del certificado de nacimiento establecido en el presente Acuerdo, ya sea en su versión impresa o en su versión electrónica.

Dichos certificados tendrán plena validez cuando sean emitidos con sujeción a lo dispuesto por este Acuerdo y las demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo Tercero. La versión electrónica del certificado de nacimiento o certificado electrónico de nacimiento, se sujetará a lo siguiente:

I. Se expedirá a través de un sistema electrónico único y exclusivo que formará parte del Subsistema de Información sobre Nacimientos del Sistema Nacional de Información en Salud, el cual será establecido y administrado por la Dirección General de Información en Salud, conforme al procedimiento que para tal efecto dé a conocer, mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación;

II. El certificado electrónico de nacimiento podrá tener una representación impresa, la cual deberá cumplir con las disposiciones aplicables de la Norma Oficial Mexicana vigente en la materia.

Esta representación incluye dos versiones, una de las cuales debe ser entregada a la madre del nacido vivo, o a quien corresponda a falta de aquélla, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, con la indicación de que dicha versión se entregue en el Registro Civil al momento de obtener el Acta de Nacimiento correspondiente, mientras que la otra se conservará en el establecimiento de atención médica que expidió el certificado, para los efectos conducentes, y

III. La representación impresa del certificado electrónico de nacimiento, surtirá plenos efectos cuando su contenido sea validado conforme al procedimiento a que se refiere la fracción I del presente Artículo.

Artículo Cuarto. La Dirección General de Información en Salud será responsable de establecer, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, las especificaciones que deberán observarse para el uso de sellos digitales en la expedición del certificado electrónico de nacimiento.

Artículo Quinto. Los profesionales de la salud o las personas autorizadas por los gobiernos de las entidades federativas para expedir certificados electrónicos de nacimiento deberán hacer uso de la firma electrónica avanzada de conformidad con las disposiciones aplicables.

La Dirección General de Información en Salud promoverá que en los establecimientos para la atención médica se realicen las gestiones correspondientes a efecto de incluir el uso de la firma electrónica avanzada en la expedición de certificados electrónicos de nacimiento.

Artículo Sexto. La Dirección General de Información en Salud promoverá que los profesionales de la salud o las personas facultadas por los gobiernos de las entidades federativas estén capacitados para el correcto llenado del certificado de nacimiento.

TRANSITORIOS

Primero. El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. Los formatos de certificados de nacimiento distribuidos por la Secretaría de Salud, con anterioridad a la entrada en vigor del presente Acuerdo podrán seguirse utilizando hasta agotar su existencia.

Tercero. La Secretaría de Salud por conducto de la Dirección General de Información en Salud, emitirá el procedimiento a que se refiere el Artículo Tercero del presente Acuerdo, el cual será publicado en el Diario Oficial de la Federación dentro de los sesenta días posteriores a la entrada en vigor del presente Acuerdo.

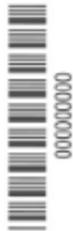
Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los diecinueve días del mes de agosto de dos

mil catorce.- La Secretaria de Salud, María de las Mercedes Martha Juan López.- Rúbrica.

ANEXO 1
 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO		Modelo 2019 FOLIO 00000000
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO		
1. NOMBRE Nombre (s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP) _____ Se ignora <input type="radio"/> 00		
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación _____ 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) _____		
3. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		
4. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 10 Separado <input type="radio"/> 16 Divorciado <input type="radio"/> 13 Viudo <input type="radio"/> 14 Soltero <input type="radio"/> 12 Casado <input type="radio"/> 13 Se ignora <input type="radio"/> 09		
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 5.1 Calle y número _____ 5.2 Colonia _____ 5.3 Localidad _____ 5.4 Municipio o delegación _____ 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____ 5.6 Teléfono _____		
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> 00		
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) _____ Se ignora <input type="radio"/> 00		
8. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO Vivo (a) <input type="radio"/> 1 → 8.1 vivo aún <input type="radio"/> 1 8.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior _____ Muerto (a) <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 0 No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 0		
9. ORDEN DEL NACIMIENTO 9.1 Nacimiento (as) vivas (as) _____ Se ignora <input type="radio"/> 00 9.2 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> 00		
10. ¿VIVE LA MADRE? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
11. AFILIACIÓN PREPARATA 11.1 ¿Recibió atención? _____ Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 0 11.2 Tránsito en el que recibió la primera consulta: Primero <input type="radio"/> 3 Segundo <input type="radio"/> 4 Tercero <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 0		
12. ¿VIVE LA MADRE? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 5 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 00		
14. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 3 Incompleta o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 09 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Incompleta o preparatoria completa <input type="radio"/> 7 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 8 Programa <input type="radio"/> 10		
15. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 09 15.1 Trabaja actualmente: Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 0		
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		
17. SEXO hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		
18. EDAD GESTACIONAL _____ Semanas		
19. TALLA _____ Centímetros		
20. PESO AL NACER _____ Gramos		
21.1 APOGAR (a las cinco minutos) _____		
21.2 SILVERMAN (a las cinco minutos) _____		
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 22.2 Hepatitis B <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 22.3 (A) <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 22.4 (R) <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3		
23. TAME NEONATAL 23.1 Metabólico <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 23.2 Auditivo <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3		
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Útero <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3		
25. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO CLAVE DE _____		
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input type="radio"/> 1 Cesárea <input type="radio"/> 2 Pélvico <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Específico _____		
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Oportunidades <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10		
27.1 Nombre de la unidad médica _____ 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input type="radio"/> 1 Enfermero <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Parto <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 5 Específico _____		
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 29.1 Calle y número _____ 29.2 Colonia _____ 29.3 Localidad _____ 29.4 Municipio o delegación _____ 29.5 Entidad federativa _____		
30. NOMBRE Nombre (s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
31. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="radio"/> 4 Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico <input type="radio"/> 3 Enfermera <input type="radio"/> 5 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 6 Parto <input type="radio"/> 5 Asistent(a) civil <input type="radio"/> 8 Específico _____		
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional _____		
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? 33.1 Nombre de la unidad médica _____ 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
34. DOMICILIO Y TELÉFONO 34.1 Calle y número _____ 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 _____		SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ _____
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 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 GOBIERNAMENTAL
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTE O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, con excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.
- Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.
- Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.
- La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.
- Para las instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, elaborando tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxílese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.
- Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre, en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.
- Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre (s), seguido de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.
- 2) **LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".
- 3) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de éste.
- 4) **NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.
- 5) **NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS).** Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "00" (cero). Se considere como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni de ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical e movimientos efectivos de las estructuras de contracción voluntaria.
- 6) **NÚMERO DE HIJOS (AS).** Anote en 6.1 el total de hijas(as) nacidas(as) vivas(as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo al nacimiento actual. En 6.2 anote el total de hijos e hijas que vivan actualmente, incluyendo este nacimiento.
- 7) **EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ.** Si éste es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) anterior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.
- 8) **ORDEN DE NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha están vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que correspondía a cada producto.
- 9) **ATENCIÓN PRENATAL.** 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 10) **¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.
- 11) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admita hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.
- 12) **ESCOLARIDAD.** Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobado. Si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".
- 13) **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 13.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.
- 14) **FECHA Y HORA DE NACIMIENTO.** Para la fecha anote con números al día, al mes y al año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: (0_0_0_0).
- 15) **SEXO.** Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) afeción (es) en la variable 25.
- 16) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.
- 17) **PESO AL NACER.** Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos: (2_3_5_0) Gramos.
- 18) **APGAR.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.
- 19) **SILVERMAN.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de cero a diez.
- 20) **APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO.** Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.
- 21) **TAMBE NEONATAL.** Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.
- 22) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).
- 23) **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, así como afeciones orgánicas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente".
- 24) **PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO.** Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se exige "Otro" especifique en el espacio correspondiente.
- 25) **SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?.** En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS:

- 1) Núm. de pregunta _____ Corrección _____
- 2) Núm. de pregunta _____ Corrección _____
- 3) Núm. de pregunta _____ Corrección _____

Señal oficial de la Institución



Firma



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

Módulo 2010
FOLIO
000000000

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 GOBIERNAMENTAL. 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) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO: 2.1 Municipio o delegación _____ 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero) _____

3. FECHA DE NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____ 3. ESTADO CIVIL: En unión libre 15 Separada 16 Divorciada 13 Viuda 14 Soltera 12 Casada 11 Se ignora 99

4. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: 4.1 Calle y número _____ 4.2 Colonia _____ 4.3 Localidad _____
 4.4 Municipio o delegación _____ 4.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____ 4.6 Teléfono _____

5. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): _____ Se ignora 99 6. NÚMERO DE HIJOS (AS): 6.1 Nacidos (as) vivos (as) _____ Se ignora 99 6.2 Subvivos _____ Se ignora 99 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) ANTERIOR NACIDO: Vivos (as) _____ Muerto (as) _____ No ha tenido otros hijos (as) _____ Se ignora 99 8.1 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior: Día _____ Mes _____ Año _____ 8.2 Subvivos _____ Se ignora 99

9. ORDEN DEL NACIMIENTO (ordenado vivos, muertos, subvivos): _____ Se ignora 99 10. ATENCIÓN PRENATAL: 10.1 ¿Fue recibida? Sí 1 No 2 10.2 ¿Fue recibida en el que realizó la primera consulta? Sí 1 No 2 10.3 Total de consultas recibidas: Primera 1 Segunda 2 Tercera 3 Cuarta 4 Quinta 5 Se ignora 99 11. ¿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: Seguro Popular 1 IMSS 2 PAMEX 3 SEDESA 4 SEMAR 5 IMSS Oportunidades 6 Seguro Popular 7 Otro 8 Se ignora 99 13.1 Fuente de seguridad social o afiliación: _____

14. ESCOLARIDAD: Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Primaria completa 3 Secundaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria incompleta 6 Bachillerato o preparatoria completa 7 Posgrado 8 Se ignora 99 15. OCUPACIÓN HABITUAL: _____ Se ignora 99 15.1 Trabajo actual: Sí 1 No 2 Se ignora 99

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____ 17. SEXO: Hombre 1 Mujer 2 18. EDAD GESTACIONAL: _____ Semanas _____

19. TALLA: _____ Centímetros 20. PESO AL NACER: _____ Gramos 20.1 APGAR (a los cinco minutos): _____ 20.2 SILVERMAN (a los cinco minutos): _____

21. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 21.1 BCG: Sí 1 No 2 21.2 Hepatitis B: Sí 1 No 2 21.3 (A): Sí 1 No 2 21.4 (B): Sí 1 No 2 21.5 TAMEZ NEONATAL: Sí 1 No 2 21.6 ALABINO: Sí 1 No 2 22. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Útero 1 Gemelo 2 Tiro o más 3

23. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: CLINIC DE _____

24. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: Parto normal 1 Cesárea 2 Fórceps 3 Otro 4 Especifique _____

25. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 SEDESA 3 Oportunidades 4 SEMAR 5 IMSS Oportunidades 6 Otro unidad pública 7 Unidad médica privada 8 Se ignora 99 25.1 Nombre de la unidad médica: _____ 25.2 Clave Única de Identificación de Salud (C.U.I.S.): _____ 25.3 Nombre de la unidad médica: _____ 25.4 Clave Única de Identificación de Salud (C.U.I.S.): _____

26. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico 1 Enfermera 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 3 Parto 4 Otro 5 Especifique _____

27. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: 27.1 Calle y número _____ 27.2 Colonia _____ 27.3 Localidad _____ 27.4 Municipio o delegación _____ 27.5 Entidad federativa _____

DATOS DEL CERTIFICANTE

28. NOMBRE: Nombre (s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
 28.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora 99

29. CERTIFICADO POR: Médico pediatra 1 Médico generalista 2 Otro médico 3 Enfermera 4 Parto autorizado por la Secretaría de Salud 5 Parto 6 Autoridad civil 7 Especifique _____

30. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de cédula profesional _____ 30.1 Nombre de la entidad médica: _____ 30.2 Clave Única de Identificación de Salud (C.U.I.S.): _____

31. DOMICILIO Y TELÉFONO: 31.1 Calle y número _____ 31.2 Colonia _____ 31.3 Localidad _____ 31.4 Municipio o delegación _____ 31.5 Entidad federativa _____ 31.6 Teléfono _____

32. FIRMA: _____ 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____

33. HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO: _____

34. HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE: _____

35. FIRMA DE LA MADRE: _____

36. SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ: _____

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE



000000000

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTE O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, con excepciones en el manual de llenado del Certificado de nacimiento.
- Para la expedición y llenado del Certificado de nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.
- Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.
- La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.
- En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.
- Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre, en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.
- Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre (s), seguido de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.
- 2) **LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".
- 3) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de este.
- 4) **NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.
- 5) **NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS).** Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "0" (cero). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de las miccaulas de contracción voluntaria.
- 6) **NÚMERO DE HIJOS (AS).** Anote en 6.1 el total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo al nacimiento actual. En 6.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo este nacimiento.
- 7) **EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ.** Si este es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo se aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote el el hijo (a) anterior así vivo. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.
- 8) **ORDEN DE NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándole como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, formando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponde a cada producto.
- 9) **ATENCIÓN PRENATAL.** 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 10) **¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.
- 11) **AFLIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante marcar todas las opciones y marcar las señales por el informante. Admite hasta dos respuestas. Para 12.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.
- 12) **ESCOLARIDAD.** Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobado. Si tuviera estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".
- 13) **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 13.1 marque la opción "3" cuando la madre cuente con un trabajo o labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.
- 14) **FECHA Y HORA DE NACIMIENTO.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: 0_0_0_0_0_0.
- 15) **SEXO.** Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) afiliación (es) en la variable 25.
- 16) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.
- 17) **PESO AL NACER.** Anote en gramos el peso del recién nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos: 2_3_5_0 Gramos.
- 18) **APGAR.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.
- 19) **SILVERMAN.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción alveolar, siseo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero.
- 20) **APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO.** Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna BCG, en 22.3 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.4 vitamina A y en 22.4 vitamina K.
- 21) **TAMIZ NEONATAL.** Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.
- 22) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponde al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).
- 23) **ANOMALÍAS CONGENITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, así como afecciones originadas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar indicando la frase "NINGUNA ABERRACIÓN".
- 24) **PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO.** Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especifique en el espacio contiguo.
- 25) **SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?.** En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS:

- 1) Núm. de pregunta ____ Corrección _____
- 2) Núm. de pregunta ____ Corrección _____
- 3) Núm. de pregunta ____ Corrección _____

Sello oficial de la institución



Firma



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

Fecha 2012
FOLIO
00000000

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 GOBIERNAMENTAL, 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 (a), Apellido paterno, Apellido materno

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

2. LUGAR DE NACIMIENTO: 2.1 Municipio o delegación, 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)

3. FECHA DE NACIMIENTO: Día, Mes, Año; 4. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 16, Separado 18, Divorciado 19, Viudo 24, Soltero 23, Casado 21, Se ignora 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: 5.1 Calle y número, 5.2 Colonia, 5.3 Localidad, 5.4 Municipio o delegación, 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero), 5.6 Teléfono

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (excluye el actual): Se ignora 99; 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS): Se ignora 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS): 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual), 8.2 Fallecidos; 9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO: Vivo (a) 1, Muerto (a) 2, No ha tenido otros hijos (as) 3; 9.1 Vite 1, 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior: Día, Mes, Año; 9.3 Total de paritorios recibidos: Se ignora 99

10. ORDEN DEL NACIMIENTO: 10.1 Orden de nacimiento, 10.2 Orden de nacimiento; 11. AFICCIÓN PRENATAL: 11.1 Recibió atención prenatal, 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta, 11.3 Total de paritorios recibidos

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, IMSS 3, IMSS Oportunidades 10, Seguro Popular 7, Ova 8, Otro 9; 13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Primaria incompleta 2, Primaria completa 3, Secundaria incompleta 4, Secundaria completa 5, Bachillerato o preparatoria incompleta 6, Bachillerato o preparatoria completa 7, Profesional 9, Posgrado 10, Se ignora 99

15. OCUPACIÓN HABITUAL: Se ignora 99; 15.1 Trabajo independiente: Sí 1, No 2, Se ignora 99

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: Día, Mes, Año, Hora, Minutos; 17. SEXO: Hombre 1, Mujer 2; 18. EDAD GESTACIONAL: Semanas

19. TALLA: Centímetros; 20. PESO AL NACER: Gramos; 21. APGAR (a los cinco minutos): 21.1 Apgar 1, 21.2 Apgar 2; 22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: Vitamina K 1, Vitamina B12 2, Vitamina B6 3, Vitamina E 4, Vitamina A 5, Vitamina D 6, Vitamina C 7, Vitamina B1 8, Vitamina B2 9, Vitamina B3 10, Vitamina B5 11, Vitamina B9 12, Vitamina B12 13, Vitamina K 14, Vitamina E 15, Vitamina C 16, Vitamina B1 17, Vitamina B2 18, Vitamina B3 19, Vitamina B5 20, Vitamina B9 21, Vitamina B12 22, Vitamina K 23, Vitamina E 24, Vitamina C 25, Vitamina B1 26, Vitamina B2 27, Vitamina B3 28, Vitamina B5 29, Vitamina B9 30, Vitamina B12 31, Vitamina K 32, Vitamina E 33, Vitamina C 34, Vitamina B1 35, Vitamina B2 36, Vitamina B3 37, Vitamina B5 38, Vitamina B9 39, Vitamina B12 40, Vitamina K 41, Vitamina E 42, Vitamina C 43, Vitamina B1 44, Vitamina B2 45, Vitamina B3 46, Vitamina B5 47, Vitamina B9 48, Vitamina B12 49, Vitamina K 50, Vitamina E 51, Vitamina C 52, Vitamina B1 53, Vitamina B2 54, Vitamina B3 55, Vitamina B5 56, Vitamina B9 57, Vitamina B12 58, Vitamina K 59, Vitamina E 60, Vitamina C 61, Vitamina B1 62, Vitamina B2 63, Vitamina B3 64, Vitamina B5 65, Vitamina B9 66, Vitamina B12 67, Vitamina K 68, Vitamina E 69, Vitamina C 70, Vitamina B1 71, Vitamina B2 72, Vitamina B3 73, Vitamina B5 74, Vitamina B9 75, Vitamina B12 76, Vitamina K 77, Vitamina E 78, Vitamina C 79, Vitamina B1 80, Vitamina B2 81, Vitamina B3 82, Vitamina B5 83, Vitamina B9 84, Vitamina B12 85, Vitamina K 86, Vitamina E 87, Vitamina C 88, Vitamina B1 89, Vitamina B2 90, Vitamina B3 91, Vitamina B5 92, Vitamina B9 93, Vitamina B12 94, Vitamina K 95, Vitamina E 96, Vitamina C 97, Vitamina B1 98, Vitamina B2 99, Vitamina B3 100, Vitamina B5 101, Vitamina B9 102, Vitamina B12 103, Vitamina K 104, Vitamina E 105, Vitamina C 106, Vitamina B1 107, Vitamina B2 108, Vitamina B3 109, Vitamina B5 110, Vitamina B9 111, Vitamina B12 112, Vitamina K 113, Vitamina E 114, Vitamina C 115, Vitamina B1 116, Vitamina B2 117, Vitamina B3 118, Vitamina B5 119, Vitamina B9 120, Vitamina B12 121, Vitamina K 122, Vitamina E 123, Vitamina C 124, Vitamina B1 125, Vitamina B2 126, Vitamina B3 127, Vitamina B5 128, Vitamina B9 129, Vitamina B12 130, Vitamina K 131, Vitamina E 132, Vitamina C 133, Vitamina B1 134, Vitamina B2 135, Vitamina B3 136, Vitamina B5 137, Vitamina B9 138, Vitamina B12 139, Vitamina K 140, Vitamina E 141, Vitamina C 142, Vitamina B1 143, Vitamina B2 144, Vitamina B3 145, Vitamina B5 146, Vitamina B9 147, Vitamina B12 148, Vitamina K 149, Vitamina E 150, Vitamina C 151, Vitamina B1 152, Vitamina B2 153, Vitamina B3 154, Vitamina B5 155, Vitamina B9 156, Vitamina B12 157, Vitamina K 158, Vitamina E 159, Vitamina C 160, Vitamina B1 161, Vitamina B2 162, Vitamina B3 163, Vitamina B5 164, Vitamina B9 165, Vitamina B12 166, Vitamina K 167, Vitamina E 168, Vitamina C 169, Vitamina B1 170, Vitamina B2 171, Vitamina B3 172, Vitamina B5 173, Vitamina B9 174, Vitamina B12 175, Vitamina K 176, Vitamina E 177, Vitamina C 178, Vitamina B1 179, Vitamina B2 180, Vitamina B3 181, Vitamina B5 182, Vitamina B9 183, Vitamina B12 184, Vitamina K 185, Vitamina E 186, Vitamina C 187, Vitamina B1 188, Vitamina B2 189, Vitamina B3 190, Vitamina B5 191, Vitamina B9 192, Vitamina B12 193, Vitamina K 194, Vitamina E 195, Vitamina C 196, Vitamina B1 197, Vitamina B2 198, Vitamina B3 199, Vitamina B5 200, Vitamina B9 201, Vitamina B12 202, Vitamina K 203, Vitamina E 204, Vitamina C 205, Vitamina B1 206, Vitamina B2 207, Vitamina B3 208, Vitamina B5 209, Vitamina B9 210, Vitamina B12 211, Vitamina K 212, Vitamina E 213, Vitamina C 214, Vitamina B1 215, Vitamina B2 216, Vitamina B3 217, Vitamina B5 218, Vitamina B9 219, Vitamina B12 220, Vitamina K 221, Vitamina E 222, Vitamina C 223, Vitamina B1 224, Vitamina B2 225, Vitamina B3 226, Vitamina B5 227, Vitamina B9 228, Vitamina B12 229, Vitamina K 230, Vitamina E 231, Vitamina C 232, Vitamina B1 233, Vitamina B2 234, Vitamina B3 235, Vitamina B5 236, Vitamina B9 237, Vitamina B12 238, Vitamina K 239, Vitamina E 240, Vitamina C 241, Vitamina B1 242, Vitamina B2 243, Vitamina B3 244, Vitamina B5 245, Vitamina B9 246, Vitamina B12 247, Vitamina K 248, Vitamina E 249, Vitamina C 250, Vitamina B1 251, Vitamina B2 252, Vitamina B3 253, Vitamina B5 254, Vitamina B9 255, Vitamina B12 256, Vitamina K 257, Vitamina E 258, Vitamina C 259, Vitamina B1 260, Vitamina B2 261, Vitamina B3 262, Vitamina B5 263, Vitamina B9 264, Vitamina B12 265, Vitamina K 266, Vitamina E 267, Vitamina C 268, Vitamina B1 269, Vitamina B2 270, Vitamina B3 271, Vitamina B5 272, Vitamina B9 273, Vitamina B12 274, Vitamina K 275, Vitamina E 276, Vitamina C 277, Vitamina B1 278, Vitamina B2 279, Vitamina B3 280, Vitamina B5 281, Vitamina B9 282, Vitamina B12 283, Vitamina K 284, Vitamina E 285, Vitamina C 286, Vitamina B1 287, Vitamina B2 288, Vitamina B3 289, Vitamina B5 290, Vitamina B9 291, Vitamina B12 292, Vitamina K 293, Vitamina E 294, Vitamina C 295, Vitamina B1 296, Vitamina B2 297, Vitamina B3 298, Vitamina B5 299, Vitamina B9 300, Vitamina B12 301, Vitamina K 302, Vitamina E 303, Vitamina C 304, Vitamina B1 305, Vitamina B2 306, Vitamina B3 307, Vitamina B5 308, Vitamina B9 309, Vitamina B12 310, Vitamina K 311, Vitamina E 312, Vitamina C 313, Vitamina B1 314, Vitamina B2 315, Vitamina B3 316, Vitamina B5 317, Vitamina B9 318, Vitamina B12 319, Vitamina K 320, Vitamina E 321, Vitamina C 322, Vitamina B1 323, Vitamina B2 324, Vitamina B3 325, Vitamina B5 326, Vitamina B9 327, Vitamina B12 328, Vitamina K 329, Vitamina E 330, Vitamina C 331, Vitamina B1 332, Vitamina B2 333, Vitamina B3 334, Vitamina B5 335, Vitamina B9 336, Vitamina B12 337, Vitamina K 338, Vitamina E 339, Vitamina C 340, Vitamina B1 341, Vitamina B2 342, Vitamina B3 343, Vitamina B5 344, Vitamina B9 345, Vitamina B12 346, Vitamina K 347, Vitamina E 348, Vitamina C 349, Vitamina B1 350, Vitamina B2 351, Vitamina B3 352, Vitamina B5 353, Vitamina B9 354, Vitamina B12 355, Vitamina K 356, Vitamina E 357, Vitamina C 358, Vitamina B1 359, Vitamina B2 360, Vitamina B3 361, Vitamina B5 362, Vitamina B9 363, Vitamina B12 364, Vitamina K 365, Vitamina E 366, Vitamina C 367, Vitamina B1 368, Vitamina B2 369, Vitamina B3 370, Vitamina B5 371, Vitamina B9 372, Vitamina B12 373, Vitamina K 374, Vitamina E 375, Vitamina C 376, Vitamina B1 377, Vitamina B2 378, Vitamina B3 379, Vitamina B5 380, Vitamina B9 381, Vitamina B12 382, Vitamina K 383, Vitamina E 384, Vitamina C 385, Vitamina B1 386, Vitamina B2 387, Vitamina B3 388, Vitamina B5 389, Vitamina B9 390, Vitamina B12 391, Vitamina K 392, Vitamina E 393, Vitamina C 394, Vitamina B1 395, Vitamina B2 396, Vitamina B3 397, Vitamina B5 398, Vitamina B9 399, Vitamina B12 400, Vitamina K 401, Vitamina E 402, Vitamina C 403, Vitamina B1 404, Vitamina B2 405, Vitamina B3 406, Vitamina B5 407, Vitamina B9 408, Vitamina B12 409, Vitamina K 410, Vitamina E 411, Vitamina C 412, Vitamina B1 413, Vitamina B2 414, Vitamina B3 415, Vitamina B5 416, Vitamina B9 417, Vitamina B12 418, Vitamina K 419, Vitamina E 420, Vitamina C 421, Vitamina B1 422, Vitamina B2 423, Vitamina B3 424, Vitamina B5 425, Vitamina B9 426, Vitamina B12 427, Vitamina K 428, Vitamina E 429, Vitamina C 430, Vitamina B1 431, Vitamina B2 432, Vitamina B3 433, Vitamina B5 434, Vitamina B9 435, Vitamina B12 436, Vitamina K 437, Vitamina E 438, Vitamina C 439, Vitamina B1 440, Vitamina B2 441, Vitamina B3 442, Vitamina B5 443, Vitamina B9 444, Vitamina B12 445, Vitamina K 446, Vitamina E 447, Vitamina C 448, Vitamina B1 449, Vitamina B2 450, Vitamina B3 451, Vitamina B5 452, Vitamina B9 453, Vitamina B12 454, Vitamina K 455, Vitamina E 456, Vitamina C 457, Vitamina B1 458, Vitamina B2 459, Vitamina B3 460, Vitamina B5 461, Vitamina B9 462, Vitamina B12 463, Vitamina K 464, Vitamina E 465, Vitamina C 466, Vitamina B1 467, Vitamina B2 468, Vitamina B3 469, Vitamina B5 470, Vitamina B9 471, Vitamina B12 472, Vitamina K 473, Vitamina E 474, Vitamina C 475, Vitamina B1 476, Vitamina B2 477, Vitamina B3 478, Vitamina B5 479, Vitamina B9 480, Vitamina B12 481, Vitamina K 482, Vitamina E 483, Vitamina C 484, Vitamina B1 485, Vitamina B2 486, Vitamina B3 487, Vitamina B5 488, Vitamina B9 489, Vitamina B12 490, Vitamina K 491, Vitamina E 492, Vitamina C 493, Vitamina B1 494, Vitamina B2 495, Vitamina B3 496, Vitamina B5 497, Vitamina B9 498, Vitamina B12 499, Vitamina K 500, Vitamina E 501, Vitamina C 502, Vitamina B1 503, Vitamina B2 504, Vitamina B3 505, Vitamina B5 506, Vitamina B9 507, Vitamina B12 508, Vitamina K 509, Vitamina E 510, Vitamina C 511, Vitamina B1 512, Vitamina B2 513, Vitamina B3 514, Vitamina B5 515, Vitamina B9 516, Vitamina B12 517, Vitamina K 518, Vitamina E 519, Vitamina C 520, Vitamina B1 521, Vitamina B2 522, Vitamina B3 523, Vitamina B5 524, Vitamina B9 525, Vitamina B12 526, Vitamina K 527, Vitamina E 528, Vitamina C 529, Vitamina B1 530, Vitamina B2 531, Vitamina B3 532, Vitamina B5 533, Vitamina B9 534, Vitamina B12 535, Vitamina K 536, Vitamina E 537, Vitamina C 538, Vitamina B1 539, Vitamina B2 540, Vitamina B3 541, Vitamina B5 542, Vitamina B9 543, Vitamina B12 544, Vitamina K 545, Vitamina E 546, Vitamina C 547, Vitamina B1 548, Vitamina B2 549, Vitamina B3 550, Vitamina B5 551, Vitamina B9 552, Vitamina B12 553, Vitamina K 554, Vitamina E 555, Vitamina C 556, Vitamina B1 557, Vitamina B2 558, Vitamina B3 559, Vitamina B5 560, Vitamina B9 561, Vitamina B12 562, Vitamina K 563, Vitamina E 564, Vitamina C 565, Vitamina B1 566, Vitamina B2 567, Vitamina B3 568, Vitamina B5 569, Vitamina B9 570, Vitamina B12 571, Vitamina K 572, Vitamina E 573, Vitamina C 574, Vitamina B1 575, Vitamina B2 576, Vitamina B3 577, Vitamina B5 578, Vitamina B9 579, Vitamina B12 580, Vitamina K 581, Vitamina E 582, Vitamina C 583, Vitamina B1 584, Vitamina B2 585, Vitamina B3 586, Vitamina B5 587, Vitamina B9 588, Vitamina B12 589, Vitamina K 590, Vitamina E 591, Vitamina C 592, Vitamina B1 593, Vitamina B2 594, Vitamina B3 595, Vitamina B5 596, Vitamina B9 597, Vitamina B12 598, Vitamina K 599, Vitamina E 600, Vitamina C 601, Vitamina B1 602, Vitamina B2 603, Vitamina B3 604, Vitamina B5 605, Vitamina B9 606, Vitamina B12 607, Vitamina K 608, Vitamina E 609, Vitamina C 610, Vitamina B1 611, Vitamina B2 612, Vitamina B3 613, Vitamina B5 614, Vitamina B9 615, Vitamina B12 616, Vitamina K 617, Vitamina E 618, Vitamina C 619, Vitamina B1 620, Vitamina B2 621, Vitamina B3 622, Vitamina B5 623, Vitamina B9 624, Vitamina B12 625, Vitamina K 626, Vitamina E 627, Vitamina C 628, Vitamina B1 629, Vitamina B2 630, Vitamina B3 631, Vitamina B5 632, Vitamina B9 633, Vitamina B12 634, Vitamina K 635, Vitamina E 636, Vitamina C 637, Vitamina B1 638, Vitamina B2 639, Vitamina B3 640, Vitamina B5 641, Vitamina B9 642, Vitamina B12 643, Vitamina K 644, Vitamina E 645, Vitamina C 646, Vitamina B1 647, Vitamina B2 648, Vitamina B3 649, Vitamina B5 650, Vitamina B9 651, Vitamina B12 652, Vitamina K 653, Vitamina E 654, Vitamina C 655, Vitamina B1 656, Vitamina B2 657, Vitamina B3 658, Vitamina B5 659, Vitamina B9 660, Vitamina B12 661, Vitamina K 662, Vitamina E 663, Vitamina C 664, Vitamina B1 665, Vitamina B2 666, Vitamina B3 667, Vitamina B5 668, Vitamina B9 669, Vitamina B12 670, Vitamina K 671, Vitamina E 672, Vitamina C 673, Vitamina B1 674, Vitamina B2 675, Vitamina B3 676, Vitamina B5 677, Vitamina B9 678, Vitamina B12 679, Vitamina K 680, Vitamina E 681, Vitamina C 682, Vitamina B1 683, Vitamina B2 684, Vitamina B3 685, Vitamina B5 686, Vitamina B9 687, Vitamina B12 688, Vitamina K 689, Vitamina E 690, Vitamina C 691, Vitamina B1 692, Vitamina B2 693, Vitamina B3 694, Vitamina B5 695, Vitamina B9 696, Vitamina B12 697, Vitamina K 698, Vitamina E 699, Vitamina C 700, Vitamina B1 701, Vitamina B2 702, Vitamina B3 703, Vitamina B5 704, Vitamina B9 705, Vitamina B12 706, Vitamina K 707, Vitamina E 708, Vitamina C 709, Vitamina B1 710, Vitamina B2 711, Vitamina B3 712, Vitamina B5 713, Vitamina B9 714, Vitamina B12 715, Vitamina K 716, Vitamina E 717, Vitamina C 718, Vitamina B1 719, Vitamina B2 720, Vitamina B3 721, Vitamina B5 722, Vitamina B9 723, Vitamina B12 724, Vitamina K 725, Vitamina E 726, Vitamina C 727, Vitamina B1 728, Vitamina B2 729, Vitamina B3 730, Vitamina B5 731, Vitamina B9 732, Vitamina B12 733, Vitamina

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, ver excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.
- Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.
- Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose al original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.
- La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.
- Para las instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, estabre tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.
- Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.
- Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre (s), seguido de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.
- 2) **LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".
- 5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de éste.
- 6) **NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.
- 7) **NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS).** Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "0" (cero). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
- 8) **NÚMERO DE HIJOS (AS).** Anote en 8.1 el total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo al nacimiento actual. En 8.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo este nacimiento.
- 9) **EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO.** Si este es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, complete 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) anterior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.
- 10) **ORDEN DE NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponde a cada producto.
- 11) **ATENCIÓN PRENATAL.** 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 12) **¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.
- 13) **AFLIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.
- 14) **ESCOLARIDAD.** Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobados. Si tuviera estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márcuelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".
- 15) **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 15.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo o labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a las quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea reclusa, etc.
- 16) **FECHA Y HORA DE NACIMIENTO.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: 0 0 0 0.
- 17) **SEXO.** Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) afeción (es) en la variable 25.
- 18) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.
- 19) **PESO AL NACER.** Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos: 2 3 5 0 Gramos.
- 21.1) **APGAR.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.
- 21.2) **SILVERMAN.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción abdominal, siseo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero.
- 22) **APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO.** Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.
- 23) **TAMIZ NEONATAL.** Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.
- 24) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).
- 25) **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías congénitas, así como afecciones originadas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar acualmente la frase "Ninguna afección".
- 26) **PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO.** Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especifique en el espacio contiguo.
- 33) **SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?.** En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.

<p>FE DE ERRATAS:</p> <p>1) Núm. de pregunta ____ Corrección _____</p> <p>2) Núm. de pregunta ____ Corrección _____</p> <p>3) Núm. de pregunta ____ Corrección _____</p>	<p style="text-align: center;">Sello oficial de la institución</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">Firma</p>
---	--

ANEXO 2. REPRESENTACIÓN IMPRESA DE LA VERSIÓN ELECTRÓNICA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO



SECRETARÍA DE SALUD
REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL
CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

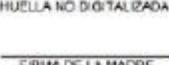
MODELO 2010
FOLIO

SE RECOMIENDA INGRESAR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE	1. NOMBRE(S):	APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:
	1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP):		
	2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:	2.2 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si es extranjera):	
	3. FECHA DE NACIMIENTO:	4. ESTADO CONYUGAL:	
	5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: 5.1 CALLE Y NÚMERO:	5.2 COLONIA:	
	5.3 LOCALIDAD:	5.4 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:	5.6 TELÉFONO:
	5.5 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si reside en el extranjero):		
	6. NO. DE EMBARAZOS (incluye el actual):	7. NO. DE HIJOS(A) NACIDOS(A) MUERTOS(A):	
	8. NO. DE HIJOS(A) 8.1 NACIDOS(A) VIVOS(A) (incluye el actual):	8.2 SOBREVIVENTES:	9.1 VIVE AÚN:
	9. EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ:	9.2 FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO(A) DEL EMBARAZO ANTERIOR:	16. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples):
	11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿RECIBIÓ ATENCIÓN?:	11.2 TRIMESTRE DE PRIMERA CONSULTA:	11.3 TOTAL DE CONSULTAS RECIBIDAS:
12. VIVE LA MADRE:	12.1 EN CASO NEGATIVO, ESCRIBA EL FOLIO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:	13.1 NO. DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN:		
14. ESCOLARIDAD:	15. OCUPACIÓN HABITUAL:	15.1 TRABAJA ACTUALMENTE:	

DATOS NACIDO VIVO Y NACIMIENTO	16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO	FECHA:	HORA:	17. SEXO:	18. EDAD GESTACIONAL:	
	19. TALLA:	20. PESO AL NACER:		21.1 APGAR:	21.2 SILVERMAN:	
	22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS	22.1 BCG:	22.2 HEPATITIS B:	22.3 VITAMINA A:	22.4 VITAMINA K:	
	23. TAMIZ NEONATAL	23.1 METABÓLICO:	23.2 AUDITIVO:	24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO:		
	25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO:					
	25.1					
	25.2					
	26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO:					
	27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO:					
	27.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:					27.2 CLUES:
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:						
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO	29.1 CALLE Y NÚMERO:					
29.5 COLONIA:	29.6 LOCALIDAD:					
29.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:	29.8 ENTIDAD FEDERATIVA:					

DATOS CERTIFICANTE	30. NOMBRE(S):	APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:
	31. CERTIFICADO POR:	ESPECIFIQUE:	
	32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL:		
	33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?		
	33.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:	33.2 CLUES:	
	34. DOMICILIO Y TELÉFONO 34.1 CALLE Y NÚMERO:		
	34.5 COLONIA:	34.6 LOCALIDAD:	
34.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:	34.8 ENTIDAD FEDERATIVA:		
34.9 TELÉFONO:	35. FECHA DE CERTIFICACIÓN:		

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO 	HUELLA DACTILAR DE LA MADRE 	CÓDIGO QR 
	HUELLA NO DIGITALIZADA 	
	FIRMA DE LA MADRE 	

SE FIRMA ELECTRÓNICA
 AUTORIZADA DEL CERTIFICANTE
 CASERNA OFICIAL

SE FIRMA ELECTRÓNICAMENTE EN LA
 SECRETARÍA DE SALUD
 Y UNIDAD MÉDICA

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL,
 LOS REGISTROS DE PRODUCCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES.
ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL.
 LA FOLIAVALEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA AUTENTIFICADO PARA TAL EFECTO EN LA SECRETARÍA DE SALUD.



SECRETARÍA DE SALUD
REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL
CERTIFICADO ELECTRONICO DE NACIMIENTO

MODELO 2010
FOLIO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS, ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE	1. NOMBRE(S):		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:	
	1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP):					
	2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:			2.2 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si es extranjera):		
	3. FECHA DE NACIMIENTO:			4. ESTADO CONYUGAL:		
	5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONOS: 1 CALLE Y NÚMERO:				5.2 COLONIA:	
	5.3 LOCALIDAD:		5.4 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:		5.6 TELÉFONO:	
	5.5 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si reside en el extranjero):					
	6. NO. DE EMBARAZOS (incluye el actual):			7. NO. DE HIJOS(A) NACIDOS(A) MUERTOS(A):		
	8. NO. DE HIJOS(A) E 1 NACIDOS(A) VIVOS(A) (incluye el actual):			8.2 SOBREVIVENTES:		
	9. EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ:			9.1 VIVE AÚN:		
9.2 FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO(A) DEL EMBARAZO ANTERIOR:			10. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples):			
11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 RECIBIÓ ATENCIÓN?		11.2 TRIMESTRE DE PRIMERA CONSULTA:		11.3 TOTAL DE CONSULTAS RECIBIDAS:		
12. VIVE LA MADRE: 12.1 EN CASO NEGATIVO, ESCRIBA EL POLO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:						
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:			13.1 NO. DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN:			
14. ESCOLARIDAD:			15. OCUPACIÓN HABITUAL:		15.1 TRABAJA ACTUALMENTE:	

DATOS NACIDO VIVO Y NACIMIENTO	16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		FECHA:		HORA:	
	19. TALLA:		20. PESO AL NACER:		17. SEXO:	
	22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		22.1 BCG:		22.2 HEPATITIS B:	
	23. TAMIZ NEONATAL 23.1 METABÓLICO:		23.2 ALDITIVO:		22.3 VITAMINA A:	
	23.2 ALDITIVO:		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO:		22.4 VITAMINA K:	
	25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO:					
	26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO:					
	27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO:					
	27.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:				27.2 CLUES:	
	28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:					
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO			29.1 CALLE Y NÚMERO:			
29.5 COLONIA:		29.6 LOCALIDAD:		29.8 ENTIDAD FEDERATIVA:		
29.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:			29.9 LOCALIDAD:			

DATOS CERTIFICANTE	30. NOMBRE(S):		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:	
	31. CERTIFICADO POR:		ESPECIFIQUE:			
	32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL:					
	33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?					
	33.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:				33.2 CLUES:	
	34. DOMICILIO Y TELÉFONO					
34.1 CALLE Y NÚMERO:		34.5 LOCALIDAD:		34.8 ENTIDAD FEDERATIVA:		
34.5 LOCALIDAD:		34.6 ENTIDAD FEDERATIVA:		36. FECHA DE CERTIFICACIÓN:		
34.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:		34.6 ENTIDAD FEDERATIVA:		36. FECHA DE CERTIFICACIÓN:		
34.8 ENTIDAD FEDERATIVA:		34.6 ENTIDAD FEDERATIVA:		36. FECHA DE CERTIFICACIÓN:		
34.9 TELÉFONO:		34.6 ENTIDAD FEDERATIVA:		36. FECHA DE CERTIFICACIÓN:		

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIEN NACIDO

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE

CÓDIGO QR

HUELLA NO DIGITALIZADA

FIRMA DE LA MADRE

SE FIRMÓ ELECTRÓNICAMENTE
 AUTENTICA CON: CERTIFICANTE
 CALZADA ORIGINAL

SELLO ELECTRÓNICO DE LA
 SECRETARÍA DE SALUD
 Y SANIDAD MÉDICA

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAL
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

RESGUARDAR EN EL EXPEDIENTE ÚNICO DE LA MADRE
 LA FLEMA VERDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE MANTENERSE EN EL SECTOR AUTENTICADO PARA TAL FIN EN LA SECRETARÍA DE SALUD