

DOF: 10/12/2019

ACUERDO por el que se modifican los modelos de los formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicado el 27 de agosto de 2014.

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

JORGE CARLOS ALCOCER VARELA, Secretario 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, 389 Bis 1, 391 bis y 392, de la Ley General de Salud; 90 Bis 1, 90 Bis 2, 90 Bis 3, 90 Bis 4 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 6 y 7, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 104 de la Ley General de Salud, prevé que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, al amparo de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, captarán, producirán y procesarán la información relativa a las estadísticas de natalidad, a fin de integrarlas al proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud y, con ello, contribuir a la consolidación de un sistema nacional de información en salud;

Que el artículo 106 de la Ley General de Salud, dispone que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios y las autoridades de las comunidades indígenas cuando proceda, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que generen y manejen la información de natalidad, deberán suministrarla a la Secretaría de Salud, con la periodicidad y en los términos que ésta señale, para la elaboración de las estadísticas nacionales para la salud;

Que los artículos 389, fracción I Bis, 389 Bis, 389 Bis 1 y 392 de la Ley General de Salud; 90 Bis 1 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, prevén que el certificado de nacimiento se extenderá en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud, los cuales se darán a conocer mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación;

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, la cual quinquenalmente, de conformidad con las necesidades de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y disposiciones jurídicas aplicables, determinará sus modificaciones y actualizaciones;

Que con base en las disposiciones señaladas, el 27 de agosto de 2014, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, mismo que fue modificado en lo relativo a sus Anexos a fin de actualizar las variables contenidas y fue publicado en el mencionado medio de difusión oficial el día 17 de abril de 2015;

Que en la primera reunión extraordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud celebrada el 25 de julio de 2019, se aprobó modificar el modelo del certificado de nacimiento, con la finalidad de mantenerlo actualizado en sus versiones impresa y electrónica, toda vez que la información que se deriva del mismo, se concentra en el Subsistema de Información sobre Nacimientos, el cual ha sido determinado como información de interés nacional en el marco del sector salud por la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, mediante Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de mayo de 2013;

Que con la finalidad de contar con información actualizada para su análisis y explotación, he tenido a bien expedir el siguiente:

**ACUERDO POR EL QUE SE MODIFICAN LOS MODELOS DE LOS FORMATOS PARA LA EXPEDICIÓN
DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL
27 DE AGOSTO DE 2014**

ÚNICO. Se dan a conocer los modelos de los formatos para la expedición del certificado de nacimiento que sustituyen en alcance y contenido, a los Anexos 1 y 2 comprendidos en el Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de agosto de 2014 y en su modificatorio publicado en el mismo medio oficial de difusión el 17 de abril de 2015.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del 1o. de enero de 2020.

SEGUNDO. Los modelos de los formatos del certificado de nacimiento señalados en el Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de agosto de 2014 y en su modificatorio publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de abril de 2015, se podrán seguir utilizando hasta agotar su existencia.

Dado en la Ciudad de México, a los 29 días de noviembre de 2019.- El Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela.-**
Rúbrica.

ANEXO 1 REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO



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

FOLIO

9999999999

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS, POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4 PÁRRAFO 8VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

[illegible]

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDA/O VIVA/O: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE O GESTANTE, INDEPENDIENTEMENTE 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:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o gestante-hija/o.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o una constancia de vecindad.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a toda/o nacida/o viva/o en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (al) nacida/o viva/o después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada nacida/o viva/o, elabore tantos certificados como nacidos/as vivos/as resulten del nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega **no debe ser condicionada** bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o gestante con la instrucción de llevarlo al Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento, dentro de los 60 días posteriores al parto.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica, consulte la historia clínica de la madre o gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario audítese con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados en el registro civil.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los campos sean llenados utilizando el mismo método. No use abreviaturas.
- En caso del llenado a mano, escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras, para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiones deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
- Sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla: Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas llene con "nuevas" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0,1,2,...9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato (DD/MM/AAAA), completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2020) anote 06/05/2020).
- Para las preguntas con opciones que tengan " * " (asterisco), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: tipo de vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vía (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad habitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pulgar derecho de la madre o gestante; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo, en caso de fallecimiento, escribir "FALLECIDA/O".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o gestante sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido, tal cual aparezca en su identificación oficial. En la pregunta 1.1 CURP, anote los recursos disponibles para obtenerla.
- LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del Municipio o Alcaldía y de la Entidad Federativa donde nació la madre o gestante. Si nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta Municipio o Alcaldía y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad Federativa".
- EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre o gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o gestante y la fecha de nacimiento de la (del) nacida/o viva/o.
- En 5.1 marque si la madre o gestante se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre o gestante habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo especifique la lengua.
- RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la madre o gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidos/as vivos/as, nacidos/as muertos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir este último embarazo.
- NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidos/as muertos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante, no ha tenido hijas/os nacidos/as muertos/as, anote 000. Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidos/as vivos/as que ha tenido la madre o gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de éstos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (al) nacida/o viva/o que se está certificando.
- LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hija/o anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si está viva o no. Si la (el) hija/o anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otras/os hijas/os".
- ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacida/o viva/o que se certifica, considerándola/o como la (el) última/o del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidas/os vivos/as como a las (los) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha estén vivos/as o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada nacimiento.
- ATENCIÓN PRENATAL.** 12.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 13.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o gestante.
- Afiliación a servicios de salud.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Cuando la madre o gestante tenga al menos una afiliación o derechohabencia, anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- ESCOLARIDAD.** Si la madre o gestante no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna", en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios, y especifique en 15.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 15.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- Ocupación habitual.** Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera, secretaría, maestra, maestro). En 16.1 marque la opción "Si" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo formal, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
- FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.** Anote el día, mes, año y hora de ocurrencia del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato (H:MM:SS), usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote (00:05:00)).
- SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (del) nacida/o viva/o, omita la respuesta y siga las instrucciones del Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por capuro, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacida/o viva/o expresado en gramos (ej. Si la (el) nacida/o viva/o pesa 2 kilos 350 gramos, anote: (2350) gramos).
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/as vivos/as o muertas/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacida/o viva/o, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupa la (el) nacida/o en este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O.** Si la (el) nacida/o viva/o presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar anomalías congénitas, enfermedades o lesiones, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente". Deje en blanco el recuadro sombreado en gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente.
- RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este caso, indicar si se usó o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo (Gineco-obstetra, Otro/a especialista, Residente, General, Médico/a Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médico/a Interno de Pregrado -MIP-). Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.
- CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) Médico/a Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico/a Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.
- UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA.** Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 35.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 35.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o gestante: nombre(s) y apellidos.

Sello oficial de la Unidad Médica

1) Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____

2) Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____

3) Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____

Responsable de la corrección:

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Firma

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

Modelo 2020
FOLIO
999999999

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

1. NOMBRE
Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____

2. LUGAR DE NACIMIENTO
2.1 Municipio o Alcaldía _____ 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) _____

3. FECHA DE NACIMIENTO
Día _____ Mes _____ Año _____

4. EDAD
Años _____

5. CONDICIÓN INDÍGENA
5.1 ¿Se considera indígena? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ *Especifique: _____

6. SITUACIÓN CONYUGAL
Soltera ☐ En unión libre ☐ Casada ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Se ignora ☐

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
7.1 Tipo de vivienda _____ 7.2 Nombre de la vivienda _____ 7.3 Núm. Ext. _____ 7.4 Núm. Int. _____ 7.5 Tipo de asentamiento humano _____
7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 7.7 Código Postal _____ 7.8 Localidad _____
7.9 Municipio o Alcaldía _____ 7.10 Entidad federativa _____ 7.11 Teléfono _____

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)
Se ignora ☐

9. NÚMERO DE HIJOS (incluye el actual)
9.1 Nacidos/as Muertos/as Se ignora ☐
9.2 Nacidos/as Vivos/as Se ignora ☐
9.3 Sobrevivientes Se ignora ☐

10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ
Vivía ☐ Muerta ☐ No ha tenido otros hijos/as ☐
10.1 Vive aún Si ☐ No ☐ Se ignora ☐

11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos/as, muertos/as, múltiples)
Se ignora ☐

12. ATENCIÓN PRENATAL
12.1 ¿Recibió atención? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero ☐ Segundo ☐ Tercero ☐ Se ignora ☐
12.3 Total de consultas recibidas Se ignora ☐

13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO? Si ☐ No ☐ 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ ISSFAM ☐ Otra ☐
IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Bienestar ☐ Se ignora ☐ 14.1 Número de seguridad social o afiliación _____

15. ESCOLARIDAD
Ninguna ☐ Técnico terminal con secundaria ☐ Profesional ☐ 15.1 La escolaridad seleccionada es: ☐ 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐
Primaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Pasado ☐ Completa ☐ Incompleta ☐
Secundaria ☐ Tercero terminal con preparatoria ☐ Se ignora ☐

16. OCUPACIÓN HABITUAL
Se ignora ☐ 16.1 Trabajo actualmente: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐

17. EDAD DEL PADRE
Se ignora ☐

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO Y DEL NACIMIENTO

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____

19. SEXO
Hombre ☐ Mujer ☐

20. EDAD GESTACIONAL
Semanas _____

21. TALLA
Centímetros _____

22. PESO AL NACER
Gramos _____

23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS
23.1 APGAR (A los 5 minutos) _____ 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) _____

24. TAMIZ AUDITIVO
Si ☐ No ☐

25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
25.1 BCG Si ☐ No ☐ 25.2 Hepatitis B Si ☐ No ☐ 25.3 Vitamina A Si ☐ No ☐ 25.4 Vitamina K Si ☐ No ☐

26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
Único ☐ Gemelar ☐ Tres o más ☐ de _____

27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO
a) _____ b) _____

CÓDIGO CIE
Use el código del personal codificador

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
Secretaría de Salud ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS Bienestar ☐ Otra unidad pública ☐ 28.1 Nombre de la unidad médica _____
IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
28.3 Nombre de la unidad médica _____
28.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
28.5 Nombre de la unidad médica _____
28.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
28.7 Nombre de la unidad médica _____
28.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
28.9 Nombre de la unidad médica _____
28.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
28.11 Nombre de la unidad médica _____
28.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____

29. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
Horas _____ Minutos _____

29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
¿Se usaron fórceps? Si ☐ No ☐ Otro ☐ 29.1 Programada ☐ 29.2 Casuística ☐ 29.3 De urgencia ☐
*Especifique: _____

30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
Médico ☐ Enfermera/o ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Parto ☐ Otro ☐ *Especifique: _____
Especifique tipo de médico: Gineco-obstetra ☐ Otro especialista ☐ Residente ☐ General ☐ MPSS ☐ MP ☐

31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
31.1 Tipo de vivienda _____ 31.2 Nombre de la vivienda _____ 31.3 Núm. Ext. _____ 31.4 Núm. Int. _____ 31.5 Tipo de asentamiento humano _____
31.6 Nombre del asentamiento humano _____ 31.7 Código Postal _____ 31.8 Localidad _____
31.9 Municipio o Alcaldía _____ 31.10 Entidad federativa _____

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE
Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

33. CERTIFICADO POR
Médico/a pediatra ☐ Médico/a Gineco-obstetra ☐ Otro médico/a ☐ Enfermera/o ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐
Parto ☐ Autoridad civil ☐ *Especifique: _____

34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional _____

35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
35.1 Nombre de la unidad médica _____ 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____

36. DOMICILIO Y TELÉFONO
36.1 Tipo de vivienda _____ 36.2 Nombre de la vivienda _____ 36.3 Núm. Ext. _____ 36.4 Núm. Int. _____
36.5 Tipo de asentamiento humano _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano _____ 36.7 Código Postal _____
36.8 Localidad _____ 36.9 Municipio o Alcaldía _____
36.10 Entidad federativa _____ 36.11 Teléfono _____

37. FIRMA _____ 38. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Día _____ Mes _____ Año _____

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE O GESTANTE

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS, POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO 3VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDA/O VIVO/O: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE O GESTANTE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA SEPARACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN, RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DE 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:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o gestante-hijo/a.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o una constancia de vivienda.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a toda/o nacida/o viva/o en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (a) nacida/o viva/o después del parto, cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- Leñe un Certificado de Nacimiento por cada nacida/o viva/o, elabore tantos certificados como nacidos/as vivos/as resulten del nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o gestante con la instrucción de llevarlo al Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento, dentro de los 60 días posteriores al parto.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica, consulte la historia clínica de la madre o gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados en el registro civil.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los campos sean llenados utilizando el mismo método. No use abreviaturas.
- En caso del llenado a mano, escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras, para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiones deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
- Sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla: Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas llene con "nuevos" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0,1,2,...,9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato (DUMMAA.AA), completando con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2020) anote 06/05/2020).
- Para las preguntas con opciones que tengan * * * (asterisco), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: tipo de vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Peatonal, Boulevard), nombre de la vía (ej. 960) e interior (ej. 21, 2A, 05), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad habitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pulgar derecho de la madre o gestante, en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo, en caso de fallecimiento, escribir "DECEASEO".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o gestante sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido, tal cual aparezca en su identificación oficial. En la pregunta 1.1 CURP, agote los recursos disponibles para obtenerla.
- LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del Municipio o Alcaldía y de la Entidad Federativa donde nació la madre o gestante. Si nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta Municipio o Alcaldía y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad Federativa".
- EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre o gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o gestante y la fecha de nacimiento de la (del) nacida/o viva/o.
- En 5.1 marque si la madre o gestante se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre o gestante habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo especifique la lengua.
- RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la madre o gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidos/as vivos/as, nacidos/as muertos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir este último embarazo.
- NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidos/as muertos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante, no ha tenido hijas/os nacidos/as muertos/as, anote 0.0. Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidos/as vivos/as que ha tenido la madre o gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de éstos falleciera. En 9.3 anote cuántos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (a) nacida/o viva/o que se está certificando.
- LA (EL) HIJO/A ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hijo/a anterior nació viva/o marque la opción "vivo/a" y especifique en 10.1 si está vivo o no. Si la (el) hijo/a anterior nació muerto/a marque la opción "muerto/a" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otros hijos/as".
- ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacida/o viva/o que se certifica, considerándolo como la (el) último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidos/as vivos/as como a las (los) nacidos/as muertos/as, independientemente de que a la fecha estén vivos/as o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada nacimiento.
- ATENCIÓN PRENATAL.** 12.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 13.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o gestante.
- AFLIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Cuando la madre o gestante tenga al menos una afiliación o derechohabencia, anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- ESCOLARIDAD.** Si la madre o gestante no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna"; en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios, y especifique en 15.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 15.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 16.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo formal, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, sea artista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
- FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.** Anote el día, mes, año y hora de ocurrencia del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato (H:MM:SS), usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote (12:00:05)).
- SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (del) nacida/o viva/o, omita la respuesta y siga las instrucciones del Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por palpato, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacida/o viva/o expresado en gramos (ej. Si la (el) nacida/o viva/o pesa 2 kilos 350 gramos, anote: (2350) gramos).
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/as vivos/as o muertos/as de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacida/o viva/o, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupa la (el) nacida/o en este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O.** Si la (el) nacida/o viva/o presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar anomalías congénitas, enfermedades o lesiones, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente". Deje en blanco el recuadro sombreado en gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente.
- RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este caso, indicar si se usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo (Gineco-obstetra, Otra/o especialista, Residente, General, Médica/o Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médico/a Interno de Preado -MIP-). Cuando aplique opciones con * * * (asterisco) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) Médica/o Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médica/o Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA.** Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 35.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 35.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS (En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o gestante: nombre(s) y apellidos.			Sello oficial de la Unidad Médica
1) Núm. de pregunta:	Corrección:		
2) Núm. de pregunta:	Corrección:		
3) Núm. de pregunta:	Corrección:		
Responsable de la corrección:			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Firma

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

Modelo 2006
FOLIO
999999999

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

1. NOMBRE
Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____

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

3. FECHA DE NACIMIENTO
Día _____ Mes _____ Año _____

4. EDAD
Años _____

5. CONDICIÓN INDÍGENA
5.1 ¿Se considera indígena? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ Especifique: _____

6. SITUACIÓN CONYUGAL
Soltera ☐ 12 En unión libre ☐ 15 Casada ☐ 11 Separada ☐ 18 Divorciada ☐ 13 Viuda ☐ 14 Se ignora ☐ 99

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
7.1 Tipo de vivienda _____ 7.2 Nombre de la vivienda _____ 7.3 Núm. Ext. _____ 7.4 Núm. Int. _____ 7.5 Tipo de asentamiento humano _____
7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 7.7 Código Postal _____ 7.8 Localidad _____
7.9 Municipio o Alcaldía _____ 7.10 Entidad federativa _____ 7.11 Teléfono _____

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)
Se ignora ☐ 99

9. NÚMERO DE HIJOS (incluye el actual)
9.1 Nacidos/los Muertos/los _____ Se ignora ☐ 99
9.2 Nacidos/los Vivos/los _____ Se ignora ☐ 99
9.3 Sobrevivientes _____ Se ignora ☐ 99

10. LA (EL) HIJO/A ANTERIOR NACIÓ
Vivo/a ☐ 1 Muerto/a ☐ 2 No ha tenido otros hijos/los ☐ 3

11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas, muertas/los, múltiples)
Se ignora ☐ 99

12. ATENCIÓN PRENATAL
12.1 ¿Recibió atención? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero ☐ 1 Segundo ☐ 2 Tercero ☐ 3 Se ignora ☐ 99
12.3 Total de consultas recibidas _____ Se ignora ☐ 99

13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDO/VIVA/O? Si ☐ No ☐
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 ISSSTAM ☐ 11 Otra ☐ 8 Se ignora ☐ 99
14.1 Número de seguridad social o afiliación _____

15. ESCOLARIDAD
Ninguna ☐ 1 Técnico terminal con secundaria ☐ 11 Profesional ☐ 5
Primaria ☐ 3 Bachillerato preparatoria ☐ 7 Posgrado ☐ 10
Secundaria ☐ 5 Técnico terminal con preparatoria ☐ 12 Se ignora ☐ 99
15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ 1 Si ☐ No ☐
15.2 ¿Interrompió estudios por el embarazo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 99

16. OCUPACIÓN HABITUAL
Se ignora ☐ 99

17. EDAD DEL PADRE
Se ignora ☐ 99

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____

19. SEXO
Hombre ☐ 1 Mujer ☐ 2

20. EDAD GESTACIONAL
Semanas _____

21. TALLA
Centímetros _____

22. PESO AL NACER
Gramos _____

23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDO/A EN SUS PRIMEROS MINUTOS
23.1 APGAR (A los 5 minutos) _____ 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) _____

24. TAMBÍEN AUDITIVO
Si ☐ No ☐

25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
25.1 BCG ☐ 1 Si ☐ No ☐
25.2 Hepatitis B ☐ 1 Si ☐ No ☐
25.3 Vitamina A ☐ 1 Si ☐ No ☐
25.4 Vitamina K ☐ 1 Si ☐ No ☐

26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
Único ☐ 1 Gemelar ☐ 2 Tres o más ☐ 3 de _____

27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDO/VIVA/O
a) _____
b) _____

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
Secretaría ☐ 1 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 5 IMSS ☐ 2 Otra unidad pública ☐ 6 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7
Unidad médica privada ☐ 10
28.1 Nombre de la unidad médica _____
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
28.3 Tipo de atención: Via pública ☐ 11 Hogar ☐ 12 Otro lugar ☐ 13 Especifique: _____

29. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
Horas _____ Minutos _____

30. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
Eutócico ☐ 1 Distócico ☐ 2 ¿Se usaron fórceps? Si ☐ No ☐ Otro ☐ 3
"Especifique: _____"
Programada ☐ 1 Cesárea ☐ 3 De urgencia ☐ 2

31. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
Médico/a ☐ 1 Enfermero/a ☐ 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ☐ 3 Parto/a ☐ 4 Otro/a ☐ 8 "Especifique: _____"
Especifique tipo de médico/a: Gineco-obstetra* ☐ 11 Otro especialista* ☐ 12 Residente ☐ 13 General ☐ 14 NPSS ☐ 15 MP ☐ 16

32. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
32.1 Tipo de vivienda _____ 32.2 Nombre de la vivienda _____ 32.3 Núm. Ext. _____ 32.4 Núm. Int. _____
32.5 Tipo de asentamiento humano _____ 32.6 Nombre del asentamiento humano _____ 32.7 Código Postal _____
32.8 Localidad _____ 32.9 Municipio o Alcaldía _____ 32.10 Entidad federativa _____ 32.11 Teléfono _____

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

33. NOMBRE
Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

34. CERTIFICADO POR
Médico/a pediatra ☐ 1 Médico/a Gineco-obstetra ☐ 7 Otro/a médico/a* ☐ 2 Enfermero/a ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ☐ 4
Parto/a ☐ 5 Autoridad civil* ☐ 6 "Especifique: _____"

35. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional _____

36. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
36.1 Nombre de la unidad médica _____ 36.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____

37. DOMICILIO Y TELÉFONO
37.1 Tipo de vivienda _____ 37.2 Nombre de la vivienda _____ 37.3 Núm. Ext. _____ 37.4 Núm. Int. _____
37.5 Tipo de asentamiento humano _____ 37.6 Nombre del asentamiento humano _____ 37.7 Código Postal _____
37.8 Localidad _____ 37.9 Municipio o Alcaldía _____ 37.10 Entidad federativa _____ 37.11 Teléfono _____

38. FIRMA _____

39. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Día _____ Mes _____ Año _____

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

COPIA PARA CAPTURA DE DATOS

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDA/O VIVO/O: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE O GESTANTE, INDEPENDIENTEMENTE 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:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o gestante-hija/o.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o una constancia de vecindad.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo/a nacido/a vivo/a en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (al) nacido/a vivo/a después del parto, cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada nacido/a vivo/a, elabore tantos certificados como nacidos/as vivos/as resulten del nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o gestante con la instrucción de llevarlo al Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento, dentro de los 60 días posteriores al parto.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica, consulte la historia clínica de la madre o gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotizados en el registro civil.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los campos sean llenados utilizando el mismo método. No use abreviaturas.
- En caso del llenado a mano, escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras, para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiones deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
- Sólo cuando se desconoce la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla. Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas llene con "nuevas" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0,1,2,...,9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato DD/MM/AA, completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 05 de mayo de 2020) anote 05/05/2020.
- Para las preguntas con opciones que tengan * * * (asterisco), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: tipo de vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Paseo, Boulevard), nombre de la vía, Núm. exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pulgar derecho de la madre o gestante; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo, en caso de fallecimiento, escribir "DECESO".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o gestante sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido, tal cual aparezca en su identificación oficial. En la pregunta 1.1 CURP, agote los recursos disponibles para obtenerla.
- 2) LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del Municipio o Alcaldía y de la Entidad Federativa donde nació la madre o gestante. Si nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta Municipio o Alcaldía y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad Federativa".
- 3) EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre o gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o gestante y la fecha de nacimiento de la (del) nacido/a vivo/a.
- 5) EN 5.1** marque si la madre o gestante se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre o gestante habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo especifique la lengua.
- 7) RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- 8) NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la madre o gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidos/as vivos/as, nacidos/as muertos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir este último embarazo.
- 9) NÚMERO DE HUAJOS.** Anote en 9.1 el total de hijos/as nacidos/as muertos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante, no ha tenido hijos/as nacidos/as muertos/as, anote 0/0. Escriba en 9.2 el total de hijos/as nacidos/as vivos/as que ha tenido la madre o gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de ellos falleciera. En 9.3 anote cuántos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (al) nacido/a vivo/a que se está certificando.
- 10) LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hija/o anterior nació vivo/a marque la opción "vivo/a" y especifique en 10.1 si está vivo o no. Si la (el) hija/o anterior nació muerta/a marque la opción "muerta/a" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otros/as hijas/os".
- 11) ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacido/a vivo/a que se certifica, considerándolo/a como la (el) último/a del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidos/as vivos/as como a las (los) nacidos/as muertos/as, independientemente de que a la fecha estén vivos/as o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada nacimiento.
- 12) ATENCIÓN PRENATAL.** 12.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 13) ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 13.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o gestante.
- 14) AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabiente de la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Cuando la madre o gestante tenga al menos una afiliación o derechohabiente, anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabiente consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 15) ESCOLARIDAD.** Si la madre o gestante no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna", en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios, y especifique en 15.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 15.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- 16) OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 16.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o gestante cuente con un trabajo formal, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- 17) EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
- 18) FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.** Anote el día, mes, año y hora de ocurrencia del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato HH:MM:SS, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 00:05:00).
- 19) SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (del) nacido/a vivo/a, omita la respuesta y siga las instrucciones del Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 20) EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por cuspido, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 22) PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacido/a vivo/a expresado en gramos (ej. Si la (el) nacido/a vivo/a pesa 2 kilos 350 gramos, anote: 2350 gramos).
- 26) PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/as vivos/as o muertos/as de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacido/a vivo/a, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupaba la (el) nacido/a en este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- 27) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O.** Si la (el) nacido/a vivo/a presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar anomalías congénitas, enfermedades o lesiones, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente". Deje en blanco el recuadro sombreado en gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente.
- 29) RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: estético, distócico (para este caso, indicar si se usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- 30) PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo (Gineco-obstetra, Otro/a especialista, Residente, General, Médico/a Pasante en Servicio Social-MPSS- o Médico/a Interno de Preado-MIP-). Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 33) CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) Médico/a Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico/a Pasante" en el espacio para especificar.
- Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 35) UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA.** Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 35.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 35.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o gestante: nombre(s) y apellidos.

1) Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____

2) Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____

3) Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____

Responsable de la corrección:

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Firma

Sello oficial de la Unidad Médica

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

MODELO 2020
FOLIO
00013E00000026

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	1. NOMBRE(S)		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:			
	1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP):							
	2. LUGAR DE NACIMIENTO		2.1 Municipio o Alcaldía					
			2.2 Entidad federativa/País (Si es extranjera):					
	3. FECHA DE NACIMIENTO:		4. EDAD:		5. CONDICIÓN INDÍGENA			
	6. SITUACIÓN CONYUGAL:		5.1 ¿Habla alguna lengua indígena?		5.2 ¿Se considera indígena?			
			5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?					
	7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		7.1 Tipo de vivienda:		7.2 Nombre de la vivienda:			
	7.3 Núm. Exterior:		7.4 Núm. Interior:		7.5 Tipo de asentamiento humano:			
	7.6 Nombre del asentamiento humano:		7.7 Código Postal:		7.8 Municipio o Alcaldía:			
7.9 Localidad:		7.10 Entidad federativa:		7.11 Teléfono:				
8. NÚM. DE EMBARAZOS (incluye el actual):		9. NÚM. DE HIJOS:		8.1 Nacidos/los muertos/los:		8.2 Nacidos/los vivos/los:		
9.3 Sobrevivientes:		10. LA (EL) HIJO/A ANTERIOR NACÍÓ:		10.1 Vive aún:		11. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples):		
12. ATENCIÓN PRENATAL		12.1 ¿Recibió atención?		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta:		12.3 Total de consultas recibidas:		
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A:		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:						
14. AFILIACIÓN A SERVICIO DE SALUD:		14.1 Número de seguridad social o afiliación:						
15. ESCOLARIDAD:		15.1 La escolaridad seleccionada es:		15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo?				
16. OCUPACIÓN HABITUAL:		16.1 Trabaja actualmente:		17. EDAD DEL PADRE:				
DATOS DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A Y DEL NACIMIENTO	18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		Fecha:		Hora:			
	21. TALLA:		cm.		22. PESO AL NACER:			
			gms.		23.1 APGAR:			
					25.1 BCG:			
					25.2 HEPATITIS B:			
					25.3 VITAMINA A:			
					25.4 VITAMINA K:			
	26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO:		Especifique: _____ de _____					
	27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A:		a)					
			b)					
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO:		28.1 Nombre de la unidad:		28.2 CLUES:				
29.3 Tiempo de traslado desde su hogar hasta el sitio de atención del parto:		hrs.		min.				
29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO		29.1 Tipo de procedimiento:		29.2 ¿Se usaron fórceps?				
29.3 Si la resolución fue Otro, Especifique:		29.4 Tipo de Cédula:						
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:								
31. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO		31.1 Tipo de vivienda:		31.2 Nombre de la vivienda:				
31.3 Núm. Exterior:		31.4 Núm. Interior:		31.5 Tipo de asentamiento humano:				
31.6 Nombre del asentamiento humano:		31.7 Código Postal:		31.8 Municipio o Alcaldía:				
31.9 Localidad:		31.10 Entidad federativa:		31.11 Teléfono:				
DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE	32. NOMBRE(S):		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:			
	33. CERTIFICADO POR:		Especifique:					
	34. Si el CERTIFICANTE ES MÉDICO, NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL:							
	35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONA EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA							
	35.1 Nombre de la unidad médica:		35.2 CLUES:					
	36. DOMICILIO Y TELÉFONO		36.1 Tipo de vivienda:		36.2 Nombre de la vivienda:			
	36.3 Núm. Exterior:		36.4 Núm. Interior:		36.5 Tipo de asentamiento humano:			
	36.6 Nombre del asentamiento humano:		36.7 Código Postal:		36.8 Municipio o Alcaldía:			
	36.9 Localidad:		36.10 Entidad federativa:		36.11 Teléfono:			
	37. FECHA DE CERTIFICACIÓN:							

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO. SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO IV). LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS. LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL DEBE REALIZARSE EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL DE LA ENTIDAD FEDERATIVA CORRESPONDIENTE. LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



HUELLA NO DIGITALIZADA

CÓDIGO QR



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA DE LA (DEL) CERTIFICANTE
CADENA ORIGINAL

SELLO ELECTRÓNICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

SELLO ELECTRÓNICO DE LA UNIDAD MÉDICA

ENTREGAR A LA MADRE O GESTANTE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL. LA PLENA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA IMPLEMENTADO PARA TAL FIN POR LA SECRETARÍA DE SALUD.