



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2010
FOLIO

00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE Guadalupe Guillen Gomez
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) GIU11610811103102MINIIMIRI011 Se ignora 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO Comitan de Dominguez Chiapas
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO 02/03/1981 4. ESTADO CONYUGAL
Día Mes Año En unión libre 15 Separado 16 Divorceda 13 Viuda 14 Soltera 12 Casada 11 Se ignora 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Central Norte Comitan Chiapas
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) 011 Se ignora 99 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) 010 Se ignora 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 011 Se ignora 99 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) 8.2 Sobrevivientes 011 Se ignora 99 9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) 1 → 9.1 Vive aún (a) del embarazo anterior Muerto (a) 2 No ha tenido otros hijos (as) (es) 3 Se ignora 99 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) anterior Día Mes Año

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) 011 Se ignora 99 11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? 011 Se ignora 99 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero 1 Segundo 2 Tercero 3 Se ignora 99 11.3 Total de consultas recibidas 018 Se ignora 99

12. ¿VIVE LA MADRE? 011 No 2 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 Se ignora 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación GORG64070215

14. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 6 Profesional 8 Se ignora 99 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 7 Posgrado 10

15. OCUPACIÓN HABITUAL Abogada Se ignora 99 15.1 Trabaja actualmente 011 No 2 Se ignora 99

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 17/04/2020 11:30:38 17. SEXO 02 Hombre 1 Mujer 2 18. EDAD GESTACIONAL 39 Semanas

19. TALLA 42 Centímetros 20. PESO AL NACER 3400 Gramos 21.1 APGAR (a los cinco minutos) 09 21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos) 011

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS Vitaminas 1 22.1 BCG 1 No 2 22.2 Hepatitis B 1 No 2 22.3 (A) 1 No 2 22.4 (K) 1 No 2 23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico 1 No 2 23.2 Auditivo 1 No 2 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO 1 Único 2 Gemelar 3 Tres o más 3

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO CLAVE CIE-10
a) Ninguna aparente
b) Ninguna aparente

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

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 IMSS 2 Oportunidades 4 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 10 27.1 Nombre de la unidad médica Clinica Comitan de Dominguez 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) D.E.L.S.TI.O.3.0.12 Hogar 12 Otro lugar 13

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

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Jimenez esq. Abasco Miguel Aleman Comitan Chiapas
29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad 29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

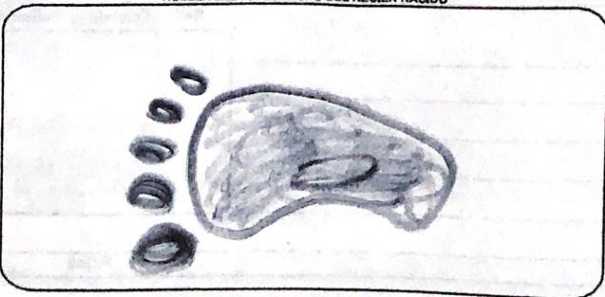
30. NOMBRE Maria José Villar Calderón
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

31. CERTIFICADO POR Médico 1 Médico pediatra 2 gineco-obstetra 7 Otro médico 2 Enfermera 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Partera 5 Autoridad civil 8 Especifique

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2042004 33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? 011 Se ignora 99
Número de cédula profesional 33.1 Nombre de la unidad médica 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

34. DOMICILIO Y TELÉFONO 1ra Oriente Norte Comitan Chiapas 9631884874
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 [Firma] 36. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17/04/2020
Día Mes Año



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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN...
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Luis Fernando Gomez Alfaro</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/6/2019</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Chiapas</u>	
5. CURP <u>RILUHL13210307MCSIZRIZ04</u>	
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>9</u> Años cumplidos	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Vuelto(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorcionado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Avenida Central Norte</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>66</u> 10.4 Núm. Interior <u>30019</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Comitan</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Chiapas</u>	
10.7 Código Postal <u>30019</u> 10.8 Localidad <u>Comitan</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Chiapas</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Prescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Carpintero</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>GORGGA0703/5</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Hogar público <input type="checkbox"/> Otro Lugar <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Central Norte</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) <u>6630019</u> 14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) <u>6630019</u> 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) <u>6630019</u> 14.5 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) <u>6630019</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>66</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Central Norte</u>	
15.3 Núm. Exterior <u>30019</u> 15.4 Núm. Interior <u>19</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Comitan</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Chiapas</u>	
15.7 Código Postal <u>30019</u> 15.8 Localidad <u>Comitan</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Chiapas</u> 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>11/06/2020 17:40</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Dificultad Respiratoria</u> 5 días b) <u>Neumonía</u> 7 días c) <u>Inmovilidad</u> 4 años d) <u>Desnutrición</u> 5 años	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>5 días</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vivienda	
22.7.2 Nombre de la vivienda	
22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u>	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal	
22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o delegación	
22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE DEL INF. <u>Enrique Gomez Ruiz</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>2042004</u>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <u>Maria José Villar Calderón</u>	
28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Avenida 1ra Norte Norte</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>482</u> 29.3 Núm. Exterior <u>300129</u> 29.4 Núm. Interior <u>29.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Comitan</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Chiapas</u> 29.7 Código Postal <u>300129</u> 29.8 Localidad <u>Comitan</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Chiapas</u> 29.10 Entidad federativa <u>Chiapas</u> 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>11/06/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>31.1 Acta Núm.</u> Libro Núm.	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>32.2 Municipio o delegación</u> <u>32.3 Entidad federativa</u> <u>32.4 Día</u> <u>32.5 Mes</u> <u>32.6 Año</u>	
31.2 Acta Núm.	
32.2 Municipio o delegación	
32.3 Entidad federativa	
32.4 Día	
32.5 Mes	
32.6 Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD