



Universidad del Sureste Escuela de Medicina

“Acta de nacimiento y de defunción”

**Materia:
Medicina forense.**

**Docente:
Carlos Iván Altuzar Martinez**

**Alumno:
Oscar Miguel Sánchez Argüello**

**Semestre:
5° “A”**



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 PROXIMOS 90 DIAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE **Brenda Shadai** **Gutierrez** **Herrera**
Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) **B S S G 0 0 0 4 0 9 H C S N R S R 6** Se ignora 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO **Yajalón, Chiapas** **México**
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO **2 4 0 9 2 0 2 0** 4. ESTADO CONYUGAL
Día Mes Año En unión libre 15 Separada 16 Divorciada 13 Viuda 14 Soltera 12 Casada 11 Se ignora 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO **Calle sur No. 22** **Centro** **Yajalón**
5.1 Calle y número 5.2 Colonia 5.3 Localidad
Chiapas **México** **9 1 9 1 4 2 2 2 6 6**
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) **0 1** Se ignora 99 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) **0 0 0** Se ignora 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) **0 1** Se ignora 99 9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) 1 Muerto (a) 2 No ha tenido otros hijos (as) 3 9.1 Vive aún Si 1 No 2 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior Día Mes Año

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) **0 1** Se ignora 99 11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? Si No 2 Se ignora 9 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero 1 Segundo 2 Tercero 3 Se ignora 9 11.3 Total de consultas recibidas **0 5** Se ignora 99

12. ¿VIVE LA MADRE? Sí 1 No 2 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

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

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

15. OCUPACIÓN HABITUAL **Enfermera** Se ignora 99 15.1 Trabaja actualmente Sí No 2 Se ignora 9

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO **2 4 0 9 2 0 2 0 2 2 0 1** 17. SEXO **Hombre** 1 **Mujer** 2 18. EDAD GESTACIONAL **4 0** Semanas
Día Mes Año Hora Minutos

19. TALLA **5 0** Centímetros 20. PESO AL NACER **3 2 0 0** Gramos 21.1 APGAR (a los cinco minutos) **0 9** 21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos) **0 0**

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

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

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

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud 1 ISSSTE 4 SEDENA 6 Oportunidades 2 Otra unidad pública 3 Hospital General de Yajalón 27.1 Nombre de la unidad médica
IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 10 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) **2 4 0 9 2 0 2 0 2 2 0**
Vía pública 1 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 **Juana Hernandez S/N** **Hangares** **Yajalón**
29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad
Chiapas **México**
29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE **Oscar Miguel** **Sánchez** **Argüello**
Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

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

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO **1 2 3 4 5 6 7 8** 33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? **Hospital general de Yajalón** **1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0**
Número de cédula profesional 33.1 Nombre de la unidad médica 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

34. DOMICILIO Y TELÉFONO **Sur No. 22** **Centro** **Yajalón**
34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad
Chiapas **México** **967 166 33 82**
34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa 34.6 Teléfono

35. FIRMA *[Firma]* 36. FECHA DE CERTIFICACIÓN **2 4 0 9 2 0 2 0**
Día Mes Año



FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ