


VII. Formulario del Certificado de

Nacimiento

Frente



SECRETARÍA DE SALUD
FOLIO 000000000

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

1. NOMBRE Cetero Manuel Barra Pascual	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación: Comitan de Dominguex 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero): Chiapas	
3. FECHA DE NACIMIENTO 3.1 Calle y número: 4a Calle Constituyente s/n San José 3.2 Calle y número: Comitan de Dominguex 3.3 Localidad: Chiapas, México 3.4 Localidad: 9631120380	
4. ESTADO CONYUGAL 4.1 En unión libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 5.1 Calle y número: 4a Calle Constituyente s/n San José 5.2 Calle y número: Comitan de Dominguex 5.3 Localidad: Chiapas, México 5.4 Localidad: 9631120380	
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 6.1 Número o designación: 01	
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) 7.1 Nacidos vivos (as): 01 7.2 Muertos (as): 00	
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual): 01 8.2 Muertos (as): 00	
9. EL (LA) HIJO (A) 9.1 Sexo: M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/> 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a): 12/13/01 9.3 Fecha de nacimiento anterior del embarazo anterior:	
10. ORDEN DEL NACIMIENTO 10.1 Recibido anterior? <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 10.2 Si ignora <input type="radio"/>	
11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 Recibió atención? <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 11.2 Si ignora <input type="radio"/>	
12. ¿VIVE LA MADRE? 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:	
13. AFILIACIÓN 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 0859901	
14. ESCOLARIDAD 14.1 Ninguna <input type="radio"/> MSS <input checked="" type="radio"/> PEXEK <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> MSS Operadores <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
15. OCUPACIÓN HABITUAL 15.1 Trabajo asalariado <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 16.1 Fecha y hora: 12/13/01	
17. SEXO 17.1 Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	
18. EDAD GESTACIONAL 18.1 Semanas: 38	
19. TALLA 19.1 Centímetros: 50	
20. PESO AL NACER 20.1 Gramos: 3120	
21. APGAR (a los cinco minutos) 21.1 APGAR: 10	
22. TAMIZ NEONATAL 22.1 Metabólico: No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 22.2 Auditivo: No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 22.3 Visual: No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 22.4 (4): No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 22.5 (5): No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	
23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico: No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 23.2 Auditivo: No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 23.3 Visual: No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 23.4 (4): No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 23.5 (5): No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO 24.1 Útero: <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tris o más <input type="radio"/>	
25. ANOMALÍAS CONGENITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO 25.1 Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
26. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 26.1 Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Asistente de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO 27.1 Parto normal <input checked="" type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Férpex <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique:	
28. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO 28.1 Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 29.1 Calle y número: Blvd. Sui s/n Nicoloboc 29.2 Colonia: Comitan 29.3 Localidad: Comitan de Dominguex 29.4 Localidad: Chiapas	
30. NOMBRE 30.1 Nombre (s): Thana Guadalupe López Guillén	
31. CERTIFICADO POR MÉDICO 31.1 Médico pediatra <input checked="" type="radio"/> gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Asistente de Salud <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 32.1 Número de cédula profesional: 2396	
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? 33.1 Nombre de la unidad médica: Comitan de Dominguex 33.2 Calle y número: 4a Calle Constituyente s/n San José 33.3 Localidad: Comitan de Dominguex	
34. DOMICILIO Y TELÉFONO 34.1 Calle y número: 10 Calle Constituyente 13 La Pileta 34.2 Colonia: Comitan 34.3 Localidad: Comitan de Dominguex 34.4 Localidad: Chiapas 34.5 Localidad: 9631631619	
35. FIRMA 35.1 Nombre: Thana Guadalupe López Guillén	
36. FECHA DE CERTIFICACIÓN 36.1 Día: 13 36.2 Mes: 12 36.3 Año: 2001	
37. ENTIDAD FEDERATIVA 37.1 Entidad federativa: Chiapas	
38. ENTIDAD FEDERATIVA 38.1 Entidad federativa: Chiapas	

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

SELO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA

REGISTRO CIVIL N.2

HUELLA DEL DEDO PULGAR DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

HUELLA DEL PE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO