

Nacimiento

Frente



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 1010
FOLIO
000000000

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

1. NOMBRE Nombre (s) <u>Fernanda</u> Apellido paterno <u>Mirales</u> Apellido materno <u>Sanchez</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>MLISFA011009MILSRWBD01</u> Se ignora <input type="checkbox"/>	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Comitan de Dgo.</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero) <u>Mexicana</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>09</u> Mes <u>10</u> Año <u>1990</u>	
4. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELEFONO 5.1 Calle y número <u>Cl. La Cruz</u> 5.2 Colonia <u>Comitan</u> 5.3 Localidad <u>Comitan</u> 5.4 Municipio o delegación <u>Comitan</u> 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>4631207510</u>	
6. NUMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) Se ignora <input type="checkbox"/> 7. NUMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. NUMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) Se ignora <input type="checkbox"/> 8.2 Sobrevivientes Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) <input type="checkbox"/> Muerto (a) <input type="checkbox"/> No ha tenido otros hijos (as) <input type="checkbox"/>	
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) Se ignora <input type="checkbox"/>	
11. ATENCION PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <u>1.º</u> 11.3 Total de consultas realizadas <u>12.º</u>	
12. ¿VIVE LA MADRE? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. OCUPACION HABITUAL <u>Lic. Derecho</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 15.1 Trabaja actualmente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día <u>09</u> Mes <u>10</u> Año <u>1990</u> Hora <u>12</u> Minutos <u>24</u>	
17. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	
18. EDAD GESTACIONAL Semanas	
19. TALLA <u>47</u> Centímetros	
20. PESO AL NACER <u>3.605</u> Gramos	
21. APGAR (a los cinco minutos) <u>8.0</u>	
22. APLICACION DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.2 Hepatitis B Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.3 (A) Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.4 (B) Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 23.2 Auditivo Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Tres o más <input type="checkbox"/>	
25. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO CLAVE CIE-10	
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique	
27. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 27.1 Nombre de la unidad médica <u>Comitan</u> 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>12345678901234</u>	
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique	
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 29.1 Calle y número <u>155te</u> 29.2 Colonia <u>Colonia M.A.</u> 29.3 Localidad <u>Comitan</u> 29.4 Municipio o delegación <u>Comitan</u> 29.5 Entidad federativa <u>Mexicana</u>	
30. NOMBRE Nombre (s) <u>Victor</u> Apellido paterno <u>Gonzalez</u> Apellido materno <u>Hernandez</u>	
31. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="checkbox"/> Médico gineco-obstetra <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Especifique	
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 32.1 Número de cédula profesional <u>054367890</u>	
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? 33.1 Nombre de la unidad médica <u>12345678901234</u> 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
34. DOMICILIO Y TELEFONO 34.1 Calle y número <u>89-De N1057</u> 34.2 Colonia <u>Centro</u> 34.3 Localidad <u>Comitan</u> 34.4 Municipio o delegación <u>Comitan</u> 34.5 Entidad federativa <u>Mexicana</u> 34.6 Teléfono	
35. FIRMA	
36. FECHA DE CERTIFICACION 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 OFICINA DEL REGISTRO CIVIL	



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

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 POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Fernando Miracles Sanchez Validez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>1990</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>México</u>	
5. CURP <u>MISFA011009MCSRW200</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>39</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	
10.1 Tipo de vitalidad	10.2 Nombre de la vitalidad
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior
10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal	10.8 Localidad
10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Cir. Derecho</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> PEXEM <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>023456</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEM <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>72456789109</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>72456789109</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior
15.5 Tipo de asentamiento humano	
15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal	15.8 Localidad
15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año <u>12 30 20</u> Horas Minutos <u>13 24</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo.	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>103871</u>	
21. ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 21.1 Especifique el la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>	
22. ¿SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con ella (seleccionada): Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Choque automovilístico, Impacto con un Camión</u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vitalidad	22.7.2 Nombre de la vitalidad
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior
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 CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Eduardo</u> Primer Apellido <u>Sanchez</u> Segundo Apellido <u>Lopez</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Primo</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especificar _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>0343678910</u>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Vicente</u> Primer Apellido <u>Gonzalez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>	
28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vitalidad 29.2 Nombre de la vitalidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
DEL CERTIFICANTE	

FOR CERTIFICANTE PROTEGIDA