

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

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

DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por 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, los artículos 104 y 105 de la Ley General de Salud prevén 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, entre otros, 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 los pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas, 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, y 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 numeral 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, y de común acuerdo con los integrantes del Sistema Nacional de Salud y disposiciones jurídicas aplicables, determinará sus modificaciones y actualizaciones;

Que, en términos de lo anterior, 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, mediante diverso publicado, en dicho medio de difusión oficial, el 17 de abril de 2015;

Que, el 10 de diciembre de 2019, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el 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, por el que se dio a conocer las actualizaciones de los formatos para la expedición del certificado de nacimiento que sustituyeron, en alcance y contenido, a los dados a conocer mediante Acuerdo publicado el 27 de agosto de 2014 y de su modificatorio publicado el 17 de abril de 2015;

Que, en la Segunda Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud, celebrada el 05 de julio de 2024, la Dirección General de Información en Salud dio a conocer la versión final del Certificado de Nacimiento, modelo 2025, el cual refleja las modificaciones y actualizaciones propuestas por los integrantes del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de mantenerlo actualizado, en sus versiones impresa y electrónica, atendiendo 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, y

Que, con la finalidad de contar con información actualizada para su análisis, explotación y aprovechamiento, 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, PUBLICADOS 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 último modificatorio publicado, en el mismo medio oficial de difusión, el 10 de diciembre de 2019.

#### TRANSITORIOS

**PRIMERO.** El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del 01 de enero de 2025.

**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, modificados mediante acuerdo publicado, en el Diario Oficial de la Federación, el 10 de diciembre de 2019, se podrán seguir utilizando hasta agotar su existencia.

**TERCERO:** Los modelos de los formatos del certificado de nacimiento publicados en el Diario Oficial de la Federación mediante el Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicado el 27 de agosto de 2014 y modificados por Acuerdo publicado el 17 de abril del 2015 en dicho medio oficial de difusión, perderán su vigencia y efectos al día en que entre en vigencia el presente Acuerdo.

Dado en la Ciudad de México, a los 19 días del mes de diciembre de 2024.- El Secretario de Salud, **David Kershenobich Stalnikowitz**.- Rúbrica.

ANEXO 1 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO



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

Modelo 2025
FOLIO

99999999

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.º PÁRRAFO BVO.) 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

Formulario de datos personales y médicos, dividido en secciones como 'DATOS DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE', 'DATOS DE LA (DEL) NACIDO(VA) VIVO(YA) Y DEL NACIMIENTO', and 'DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE'. Includes fields for name, address, date of birth, and medical history.



99999999

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

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

**NACIDA/O VIVO/A:** 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 ESTE 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 persona gestante-hija/o.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o persona 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 u obligatoria, por la persona que atendió a la (é) 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.
- Liene un Certificado de Nacimiento por cada nacido/a vivo/a, elabore tantos certificados como nacidos/os vivos/os 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 persona 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 persona 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 persona gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán consignados 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 opción.
- Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla. Si existe una opción "Se ignora" márcela con una "X", en el caso de casillas llene con "nuevos" y en el caso de respuestas abreviadas "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 \* (estereoc), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vía/dirección (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Prolongación, Boulevard), nombre de la vía/dirección, 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".
- Impprima 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 fallas/imprima, escribir "DICESO".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o persona 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 persona 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 persona gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o persona gestante y la fecha de nacimiento de la (de) nacido/a vivo/a.
- CONDICIÓN PBLACIONAL.** 5.1 Marque si la madre o persona gestante se considera o no indígena. 5.2 Indique si la madre o persona gestante habla o no alguna lengua indígena, en caso afirmativo, especifique cuál. 5.3 Marque si la madre o persona gestante se considera o no afroamericana o afrodescendiente. 5.4 Marque si la madre o persona gestante es o no migrante.
- RESIDENCIA HABITUAL Y TELEFONO.** 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 persona gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, nacidos/os vivos/os, nacidos/os muertuos/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir éste último embarazo.
- NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidos/os muertuos/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o persona gestante, no ha tenido hijas/os nacidos/os muertuos/os, anote 0(0). Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidos/os vivos/os que ha tenido la madre o persona gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de estos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobrevivieron, incluyendo a la (é) nacido/a vivo/a que se está certificando.
- LA (É) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (é) hija/o anterior nació vivo/a marque la opción "vivo/a" y especifique en 10.1 si éste/ste vive o no. Si la (é) 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 otros/as hijas/os".
- ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (é) nacido/a vivo/a que se certifica, considerándola/o como la (é) última/o del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o persona gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidos/os vivos/os como a las (los) nacidos/os muertuos/os, independientemente de que a la fecha estén vivos/os o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponde a cada nacimiento.
- AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o persona gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o persona gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 12.1. Cuando la madre o persona gestante tenga al menos una derechohabencia o afiliación, anotar en 12.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una derechohabencia o afiliación consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- ATENCIÓN PRENATAL.** 13.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 13.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 13.3 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 persona gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 14.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o persona gestante.
- DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ HABITUALMENTE?** Esta pregunta hace exclusivamente referencia al consumo de Tabaco. Marque "SI", si la madre o persona gestante fumó de manera habitual durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
- DURANTE EL EMBARAZO CONSUMIÓ ALCOHOL?** Esta pregunta hace referencia al consumo de cualquier bebida que contenga alcohol. Marque "SI", si la madre o persona gestante ingirió alcohol durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
- ESCOLARIDAD.** Si la madre o persona 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 17.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 17.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o persona gestante (ej. enfermera/a, secretaria/a, mesera/a, maestra/a). En 18.1 marque la opción "SI" cuando la madre o persona 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 persona 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 de la (de) recién nacido/a, 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 horas:minutos (H:MM), usando la escala de 24 horas (ej. Si el nacimiento ocurrió el día 06 de julio de 2017 a las doce de la noche con 5 minutos, anote: 06/07/2017 00:05).
- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por caparú, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o persona gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- PESO AL NACER.** Anote el peso de la (de) nacido/a vivo/a expresado en gramos (ej. Si la (é) nacido/a vivo/a pesa 2 kilos 350 gramos, anote: 2350(0) gramos).
- PERÍMETRO CEFÁLICO.** Registrar en centímetros la circunferencia de la cabeza de la (de) nacido/a vivo/a. Anote (ej. 42) Centímetros).
- SEXO.** Al momento de la expedición del certificado, si logra identificar el sexo de la (de) nacido/a vivo/a, marque la casilla correspondiente (Hombre o Mujer). Si no es posible identificar el sexo de la (de) nacido/a vivo/a, marque la casilla "No Especificado".
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/os vivos/os o muertuos/os 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 ocupa la (é) nacido/a 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 (é) nacido/a vivo/a presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo prenatal, 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, Otro/a especialista, Residente, General, Médico/a Pasante en Servicio Social, Médico Pasante en Servicio Social (MPSS) o Médico/a Interno de Pregrado (MIP). Si el parto fue atendido por una (un) enfermera/a, debe especificar el tipo: General, Obstetrica/o, Perinatal o Neonatal. Si el parto fue atendido por una (un) partera/o, debe especificar el tipo: Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Cuando aplique (opciones con \* \* \*) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable del certificado de nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) enfermera/o, especifique el tipo: General, Obstetrica/o, Perinatal o Neonatal. Si el certificado es llenado por una (un) partera/o, especifique el tipo: Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Si el certificado es llenado por una (un) Médico/a Pasante en Servicio Social (MPSS), seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico/a Pasante" en el espacio para especificar. Cuando marque 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 37.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 37.2 la CLUES correspondiente.

**FE DE ERRATAS** En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o persona 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





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

Modulo 2025  
FOLIO

**999999999**

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR 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

**DATOS DE LA MADRE O PERSONA 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 nació en el extranjero) \_\_\_\_\_

**3. FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **4. EDAD** \_\_\_\_\_  
5. CONDICIÓN DE POBLACIÓN 5.1 ¿Habla alguna lengua indígena?  Sí  No  Se ignora  5.2 ¿Se considera afroamericana o afrodescendiente?  Sí  No  Se ignora  5.3 ¿Se considera migrante?  Sí  No  Se ignora  5.4 ¿Es indígena?  Sí  No  Se ignora

**6. SITUACIÓN CONYUGAL**  Soltero/a  En unión libre  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudato/a  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 \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA (DEL) NACIDO(A) VIVO(A) Y DEL NACIMIENTO**

**8. NÚMERO DE EMBARAZOS** (incluye el actual)  0.1 Nacidos/los Muertos/los \_\_\_\_\_ So ignora   0.2 Nacidos/los Vivos/los \_\_\_\_\_ So ignora   0.3 Sobrevivientes \_\_\_\_\_ So ignora

**9. NÚMERO DE HIJAS/OS** (incluye le/el actual)  0.1 Nacidos/los Muertos/los \_\_\_\_\_ So ignora   0.2 Nacidos/los Vivos/los \_\_\_\_\_ So ignora   0.3 Sobrevivientes \_\_\_\_\_ So ignora

**10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ**  Vivo/a  Muerto/a  No ha tenido otros hijos/as   10.1 Vive aún  Sí  No  Se ignora

**11. ORDEN DEL NACIMIENTO** (considere vivos/los, muertos/los, múltiples) \_\_\_\_\_  Se ignora

**12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD**  Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Programa IMSS Bienestar  IMSS  PEMEX  SEMAR  Servicios de Salud IMSS BIENESTAR   Otra   Se ignora  **12.1** Número de seguridad social o situación \_\_\_\_\_

**13. ATENCIÓN PRENATAL** **13.1** ¿Recibió atención prenatal?  Sí  No  Se ignora  **13.2** Trimestre en el que recibió la primera consulta  Primero  Tercero  Segundo  Se ignora  **13.3** Total de consultas recibidas \_\_\_\_\_ So ignora

**14. ¿VIVE LA MADRE O PERSONA GESTANTE DE LA (DEL) NACIDO(A) VIVO(A)?**  Sí  No  **14.1** En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción \_\_\_\_\_

**15. ¿DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ CIGARRILLO ALCOHOL?**  Sí  No  **16. ¿DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ CIGARRILLO ALCOHOL?**  Sí  No

**17. EDUCACIÓN**  Ninguna  Técnico terminal con secundaria  Profesional  Primaria  Escuelas preparatorias  Postgrado  Completa  Incompleta  So ignora  **17.1** La escolaridad seleccionada es \_\_\_\_\_ **17.2** ¿Interrumpió estudios por el embarazo?  Sí  No  So ignora

**18. OCUPACIÓN HABITUAL** \_\_\_\_\_  So ignora

**19. EDAD DEL PADRE DE LA (DEL) RECIENTE NACIDO(A)** \_\_\_\_\_ Años  So ignora

**20. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **21. EDAD GESTACIONAL** \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_ **22. PESO AL NACER** \_\_\_\_\_ Gramos \_\_\_\_\_ **23. TALLA** \_\_\_\_\_ Centímetros \_\_\_\_\_ **24. PERÍMETRO CEFÁLICO** \_\_\_\_\_ Centímetros \_\_\_\_\_

**25. SEXO DE LA (DEL) RECIENTE NACIDO(A)**  Hombre  Mujer  No especificado  **26. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDO(A) EN SUS PRIMEROS MINUTOS**  26.1 APGAR (A los 1 minuto) \_\_\_\_\_  26.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) \_\_\_\_\_

**27. PRODUCTO DE UN EMBARAZO**  Único  Gemelar  Tres o más  de \_\_\_\_\_ **28. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS**  Sí  No  **28.1** BCG  Sí  No  **28.2** Hepatitis B  Sí  No  **28.3** Vitamina A  Sí  No  **28.4** Vitamina K  Sí  No  **28.5** Antibiótico oftálmico  Sí  No

**29. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDO(A) VIVO(A)**  
a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ **CÓDIGO DE** Uno exclusivo del personal codificador \_\_\_\_\_

**30. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO**  Secretaría de Salud  ISSSTE  SEDENA  Programa IMSS Bienestar  Otra unidad pública  IMSS  PEMEX  SEMAR  Servicios de Salud  Unidad médica privada  **30.1** Nombre de la unidad médica \_\_\_\_\_ **30.2** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.3** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.4** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.5** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.6** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.7** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.8** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.9** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.10** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.11** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.12** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.13** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.14** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.15** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.16** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.17** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.18** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.19** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.20** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.21** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.22** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.23** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.24** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.25** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.26** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.27** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.28** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.29** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.30** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.31** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.32** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.33** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.34** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.35** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.36** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.37** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.38** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.39** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.40** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.41** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.42** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.43** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.44** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.45** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.46** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.47** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.48** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.49** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.50** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.51** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.52** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.53** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.54** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.55** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.56** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.57** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.58** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.59** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.60** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.61** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.62** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.63** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.64** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.65** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.66** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.67** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.68** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.69** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.70** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.71** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.72** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.73** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.74** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.75** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.76** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.77** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.78** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.79** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.80** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.81** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.82** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.83** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.84** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.85** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.86** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.87** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.88** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.89** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.90** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.91** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.92** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.93** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.94** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.95** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.96** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.97** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.98** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.99** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_ **30.100** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE**

**31. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO** \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

**32. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO**  Eutócico  Distócico  Cesárea   Se usaron fórceps  Sí  No  Otro   Cesárea  Sí  No  **32.1** Tipo de Cesárea  Programada  De urgencia

**33. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO**  Médico/a  Enfermero/a  Partera/a  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Otro/a   Gineco-obstetra  General  Residente  MFSS   General  Obstétrico  Perinatal  Neonatal  Profesional  **33.1** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.2** Especifique tipo de Enfermero/a \_\_\_\_\_ **33.3** Especifique tipo de Partera/a \_\_\_\_\_ **33.4** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.5** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.6** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.7** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.8** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.9** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.10** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.11** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.12** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.13** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.14** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.15** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.16** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.17** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.18** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.19** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.20** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.21** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.22** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.23** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.24** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.25** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.26** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.27** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.28** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.29** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.30** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.31** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.32** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.33** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.34** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.35** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.36** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.37** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.38** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.39** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.40** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.41** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.42** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.43** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.44** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.45** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.46** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.47** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.48** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.49** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.50** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.51** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.52** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.53** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.54** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.55** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.56** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.57** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.58** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.59** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.60** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.61** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.62** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.63** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.64** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.65** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.66** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.67** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.68** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.69** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.70** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.71** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.72** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.73** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.74** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.75** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.76** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.77** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.78** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.79** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.80** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.81** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.82** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.83** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.84** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.85** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.86** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.87** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.88** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.89** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.90** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.91** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.92** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.93** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.94** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.95** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.96** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.97** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.98** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.99** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **33.100** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_

**34. NOMBRE DE QUIÉN ATENDIÓ EL PARTO** \_\_\_\_\_ **34.1** Si la persona que atendió el parto es profesional de la salud \_\_\_\_\_

**35. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO**  
35.1 Tipo de vivienda \_\_\_\_\_ 35.2 Nombre de la vivienda \_\_\_\_\_ 35.3 Núm. Ext. \_\_\_\_\_ 35.4 Núm. Int. \_\_\_\_\_ 35.5 Tipo de asentamiento humano \_\_\_\_\_  
35.6 Nombre del asentamiento humano \_\_\_\_\_ 35.7 Código Postal \_\_\_\_\_ 35.8 Localidad \_\_\_\_\_  
35.9 Municipio o Alcaldía \_\_\_\_\_ 35.10 Entidad federativa \_\_\_\_\_

**36. NOMBRE DEL CERTIFICANTE**  
Nombre (s) \_\_\_\_\_ Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

**37. CERTIFICADO POR**  Médico/a pediatra  Médico/a Gineco-obstetra  Enfermero/a  Partera/a  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Otro/a médico/a  Autoridad civil  **37.1** Especifique tipo de enfermero/a \_\_\_\_\_ **37.2** Especifique tipo de Partera/a \_\_\_\_\_ **37.3** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.4** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.5** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.6** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.7** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.8** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.9** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.10** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.11** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.12** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.13** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.14** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.15** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.16** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.17** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.18** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.19** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.20** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.21** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.22** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.23** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.24** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.25** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.26** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.27** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.28** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.29** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.30** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.31** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.32** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.33** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.34** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.35** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.36** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.37** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.38** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.39** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.40** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.41** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.42** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.43** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.44** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.45** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.46** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.47** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.48** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.49** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.50** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.51** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.52** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.53** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.54** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.55** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.56** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.57** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.58** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.59** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.60** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.61** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.62** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.63** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.64** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.65** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.66** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.67** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.68** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.69** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.70** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.71** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.72** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.73** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.74** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.75** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.76** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.77** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.78** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.79** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.80** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.81** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.82** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.83** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.84** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.85** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.86** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.87** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.88** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.89** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.90** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.91** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.92** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.93** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.94** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.95** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.96** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.97** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.98** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.99** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_ **37.100** Especifique tipo de Médico/a \_\_\_\_\_

**38. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD** Número de cédula profesional \_\_\_\_\_

**39. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA**  
39.1 Nombre de la unidad médica \_\_\_\_\_ 39.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_

**40. DOMICILIO Y TELÉFONO**  
40.1 Tipo de vivienda \_\_\_\_\_ 40.2 Nombre de la vivienda \_\_\_\_\_ 40.3 Núm. Ext. \_\_\_\_\_ 40.4 Núm. Int. \_\_\_\_\_  
40.5 Tipo de asentamiento humano \_\_\_\_\_ 40.6 Nombre del asentamiento humano \_\_\_\_\_ 40.7 Código Postal \_\_\_\_\_  
40.8 Localidad \_\_\_\_\_ 40.9 Municipio o Alcaldía \_\_\_\_\_ 40.10 Entidad federativa \_\_\_\_\_ 40.11 Teléfono \_\_\_\_\_

**41. FIRMA CERTIFICANTE** \_\_\_\_\_ **42. FECHA DE CERTIFICACIÓN** \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_



999999999

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE

**HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE**

**FIRMA DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE**

**SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE**

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

**NACIDA/O VIVO/A:** 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 persona gestante-hijo.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o persona gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o una constancia de vecindad.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a los/as nacida/o vivo/a en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (el) nacida/o 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 nacida/o 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 persona 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 persona gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliese con la información proporcionada por la madre o persona gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados en el registro civil.
- Escriba con tinta (no utilice plumas 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 de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- Marque con una "x", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
- Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla. Si existe una opción "Se ignora" márkela con una "X", en el caso de casillas llene con "nueves" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, días) 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 " \* " (estereoisó), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: tipo de vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Prolongación, Boulevard), nombre de la vivienda, Núm. exterior (ej. 960) 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. Entre anotar "domicilio conector".
- 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 de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o persona 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 persona 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".
- 4) EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre o persona gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o persona gestante y la fecha de nacimiento de la (del) nacida/o vivo/a.
- 6) CONDICIÓN POBLACIONAL.** 6.1 Marque si la madre o persona gestante se considera o no indígena. 6.2 Indique si la madre o persona gestante habla o no alguna lengua indígena, en caso afirmativo, especifique cuál. 6.3 Marque si la madre o persona gestante se considera o no afroamericana o afrodescendiente. 6.4 Marque si la madre o persona gestante es o no migrante.
- 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 persona 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 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 persona gestante, no ha tenido hijas/os nacidos/as muertos/as, anote 0. En 9.2 el total de hijas/os nacidos/as vivos/as que ha tenido la madre o persona gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de estos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (el) nacida/o vivo/a que se está certificando.
- 10) LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACÍO.** 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 es/le vive o no. Si la (el) hija/o anterior nació muerto/a marque la opción "muerto/a" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otras/os hijas/os".
- 11) ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacida/o 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 persona gestante, tomando en cuenta tanto a las (os) nacidas/os vivos/os como a las (os) nacidas/os muertos/as, independientemente de que a la fecha estén vivos/os o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que correspondía a cada nacimiento.
- 12) AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o persona gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o persona gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 12.1. Cuando la madre o persona gestante tenga al menos una derechohabencia o afiliación, anotar en 12.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una derechohabencia o afiliación consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 13) ATENCIÓN PRENATAL.** 13.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 13.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 13.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 14) ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE ANTES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/A?** Seleccione "No", si la madre o persona gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 14.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o persona gestante.
- 15) ¿DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ HABITUALMENTE?** Esta pregunta hace exclusivamente referencia al consumo de Tabaco. Marque "SI", si la madre o persona gestante fumó de manera habitual tabaco durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
- 16) DURANTE EL EMBARAZO CONSUMIÓ ALCOHOL?** Esta pregunta hace referencia al consumo de cualquier bebida que contenga alcohol. Marque "SI", si la madre o persona gestante ingirió alcohol durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
- 17) ESCOLARIDAD.** Si la madre o persona 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 17.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 17.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- 18) OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o persona gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 18.1 marque la opción "SI" cuando la madre o persona 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 persona gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (os) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- 19) EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre de la (del) recién nacido/a, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
- 20) 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 horas: minutos:HH:MM, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió el día 06 de julio de 2017 a las doce de la noche con 5 minutos, anote 06/07/2017 00:05).
- 21) EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por caputro, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o persona gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 22) PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacida/o vivo/a expresado en gramos (ej. Si la (el) nacida/o vivo/a pesa 2 kilos 350 gramos, anote: 2,350, gramos).
- 24) PERÍMETRO CEFÁLICO.** Registrar en centímetros la circunferencia de la cabeza de la (del) nacida/o vivo/a. Anote (ej. 42) Centímetros).
- 25) SEXO.** Al momento de la expedición del certificado, si logra identificar el sexo de la (del) nacida/o vivo/a, marque la casilla correspondiente (Hombre o Mujer). Si no es posible identificar el sexo de la (del) nacida/o vivo/a, marque la casilla "No Especificado".
- 27) 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 vivo/a, 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.
- 29) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/A.** Si la (el) nacida/o vivo/a presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo prenatal, 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.
- 32) 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 este) o cesáreo.
- 33) 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, Médico Pasante en Servicio Social (MPSS) o Médico/a Interno de Pregrado (MIP). Si el parto fue atendido por una (un) enfermera/o, debe especificar el tipo: General, Obstétrica, Perinatal o Neonatal. Si el parto fue atendido por una (un) partera/o, debe especificar el tipo: Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Cuando aplique (opciones con \* \* \*) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 35) CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable del certificado de nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) enfermera/o, especifique el tipo: General, Obstétrica, Perinatal o Neonatal. Si el certificado es llenado por una (un) partera/o, especifique el tipo: Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Si el certificado es llenado por una (un) Médica/o Pasante en Servicio Social (MPSS), seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médica/o Pasante" en el espacio para especificar. Cuando marque opciones con \* \* \*, especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 37) 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 37.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 37.2 la CLUES correspondiente.

**FE DE ERRATAS** En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o persona 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

Sello oficial de la Unidad Médica



Firma



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

Modelo 2025  
FOLIO

999999999

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE 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 SUS PARTICULARES

**DATOS DE LA MADRE O PERSONA 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 nació en el extranjero) \_\_\_\_\_

**3. FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **4. EDAD** \_\_\_\_\_ **5. CONDICIÓN DE POBLACIÓN**  
5.1 ¿Habla alguna lengua indígena? SI  No  Se ignora  5.2 ¿Se considera indígena? SI  No  Se ignora  5.3 ¿Se considera migrante? SI  No  Se ignora  5.4 ¿Es atromecida o afrodescendiente? SI  No  Se ignora  Especifique: \_\_\_\_\_

**6. SITUACIÓN CONYUGAL** Solter@  12 En unión libre  15 Casad@  11 Separad@  10 Divorciad@  13 Viud@  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)**  
8.1 Nacidos/os Muertos/os \_\_\_\_\_ Se ignora  99  
8.2 Nacidos/os Vivos/os \_\_\_\_\_ Se ignora  99  
8.3 Sobrevivientes \_\_\_\_\_ Se ignora  99

**9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye le/él actual)**  
9.1 Nacidas/os Muertas/os \_\_\_\_\_ Se ignora  99  
9.2 Nacidas/os Vivas/os \_\_\_\_\_ Se ignora  99  
9.3 Sobrevivientes \_\_\_\_\_ Se ignora  99

**10. LA (ÉL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ**  
Viv@  01 Muert@  02 No ha tenido otras/os hijas/os  03  
10.1 Vive aún SI  No  Se ignora  99

**11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos/os, muertos/os, múltiples)** \_\_\_\_\_ Se ignora  99

**12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD** Ninguna  01 ISSSTE  03 SEDENA  05 Programa IMSS Bienestar  10 IMSS  02 PEMEX  04 SEMAR  06 Servicios de Salud IMSS BIENESTAR  14 Otra  08 Se ignora  99  
12.1 Número de seguridad social o afiliación \_\_\_\_\_

**13. ATENCIÓN PRENATAL**  
13.1 ¿Recibió atención prenatal? SI  No  Se ignora  99  
13.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: 1.º  2.º  3.º  Se ignora  99  
13.3 Total de consultas recibidas: \_\_\_\_\_ Se ignora  99

**14. ¿VIVE LA MADRE O PERSONA GESTANTE DE LA (DEL) NACID@/O VIV@/O?** SI  No  \*14.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción \_\_\_\_\_

**15. ¿DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ HABITUALMENTE?** SI  No  Se ignora  99

**16. ¿DURANTE EL EMBARAZO CONSUMIÓ ALCOHOL?** SI  No  Se ignora  99

**17. ESCOLARIDAD**  
Ninguna  01 Técnico terminal con secundaria  11 Profesional  06  
Primaria  03 Bachillerato o preparatoria  07 Posgrado  10 Completa  01 SI  No  Se ignora  99  
Secundaria  05 Técnico terminal con preparatoria  13 Se ignora  99 Incompleta  02 Se ignora  99

**18. OCUPACIÓN HABITUAL**  
18.1 ¿Trabaja actualmente? SI  No  Se ignora  99

**19. EDAD DEL PADRE DE LA (DEL) RECIEN NACID@/O** \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Se ignora  999

**DATOS DE LA (DEL) NACID@/O VIV@/O Y DEL NACIMIENTO**

**20. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **21. EDAD GESTACIONAL** \_\_\_\_\_ **22. PESO AL NACER** \_\_\_\_\_ **23. TALLA** \_\_\_\_\_ **24. PERÍMETRO CEFÁLICO** \_\_\_\_\_

**25. SEXO DE LA (DEL) RECIEN NACID@/O** Hombre  01 Mujer  02 No especificado  00

**26. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACID@/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS**  
26.1 APGAR (A los 5 minutos) \_\_\_\_\_ 26.2 SI VERMAN (A los 10 minutos) \_\_\_\_\_

**27. PRODUCTO DE UN EMBARAZO** Único  01 Gemelar  02 Tres o más  03 de \_\_\_\_\_  
28. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS SI  No  Se ignora  99  
28.1 BCG \_\_\_\_\_ 28.2 Hepatitis B \_\_\_\_\_ 28.3 Vitamina A \_\_\_\_\_ 28.4 Vitamina K \_\_\_\_\_ 28.5 Antibiótico oftálmico \_\_\_\_\_

**29. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACID@/O VIV@/O**  
a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

**30. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO**  
Secretaría de Salud  01 ISSSTE  04 SEDENA  06 Programa IMSS Bienestar  02 IMSS  03 PEMEX  05 SEMAR  07 Servicios de Salud IMSS BIENESTAR  13 Otra unidad pública  08 Unidad médica privada  09  
30.1 Nombre de la unidad médica \_\_\_\_\_ 30.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_  
Vía pública  10 Hogar  11 Otro lugar\*  12 \*Especifique: \_\_\_\_\_

**31. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO** \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos

**32. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO** Electivo  01 Distócico  02 Casérea  03 Se usaron fórceps? SI  No  Otro\*  03  
32.1 Tipo de Casérea Programad@  01 De urgencia  02  
32.2 Tipo de Casérea Programad@  01 De urgencia  02

**33. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO** Médico/a  01 Enfermer@  02 Partera/o  03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud\*  04 Otro/a\*  08  
33.1 Especifique tipo de Médico/a General  11 Residente  14 MFSS  15  
33.2 Especifique tipo de Enfermer@ General  21 Obstétrica  22 Perinatal  23 Neonatal  24  
33.3 Especifique tipo de Partera/o Tradicional  31 Profesional  32  
34.1 Si la persona que atendió el parto es profesional de la salud \_\_\_\_\_

**34. NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ EL PARTO**  
Nombre (s) \_\_\_\_\_ Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Número de cédula profesional \_\_\_\_\_

**35. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO**  
35.1 Tipo de vivienda \_\_\_\_\_ 35.2 Nombre de la vivienda \_\_\_\_\_ 35.3 Núm. Ext. \_\_\_\_\_ 35.4 Núm. Int. \_\_\_\_\_ 35.5 Tipo de asentamiento humano \_\_\_\_\_  
35.6 Nombre del asentamiento humano \_\_\_\_\_ 35.7 Código Postal \_\_\_\_\_ 35.8 Localidad \_\_\_\_\_  
35.9 Municipio o Alcaldía \_\_\_\_\_ 35.10 Entidad federativa \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE**

**36. NOMBRE DEL CERTIFICANTE**  
Nombre (s) \_\_\_\_\_ Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

**37. CERTIFICADO POR**  
Médico/a pediatra  01 Médico/a Gineco-obstetra  07 Persona autorizada por la Secretaría de Salud\*  04 Otro/a médico/a\*  02  
Enfermer@  03 Partera/o  05 Autoridad civil\*  06  
37.1 Especifique tipo de Enfermer@ \_\_\_\_\_ 37.2 Especifique tipo de Partera/o \_\_\_\_\_  
General  31 Obstétrica  32 Perinatal  33 Tradicional  51 Profesional  52 \*Especifique: \_\_\_\_\_

**38. SI LA (ÉL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD** Número de cédula profesional \_\_\_\_\_

**39. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA**  
39.1 Nombre de la unidad médica \_\_\_\_\_ 39.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) \_\_\_\_\_

**40. DOMICILIO Y TELÉFONO**  
40.1 Tipo de vivienda \_\_\_\_\_ 40.2 Nombre de la vivienda \_\_\_\_\_ 40.3 Núm. Ext. \_\_\_\_\_ 40.4 Núm. Int. \_\_\_\_\_  
40.5 Tipo de asentamiento humano \_\_\_\_\_ 40.6 Nombre del asentamiento humano \_\_\_\_\_ 40.7 Código Postal \_\_\_\_\_  
40.8 Localidad \_\_\_\_\_ 40.9 Municipio o Alcaldía \_\_\_\_\_  
40.10 Entidad federativa \_\_\_\_\_ 40.11 Teléfono \_\_\_\_\_

**41. FIRMA CERTIFICANTE** \_\_\_\_\_ **42. FECHA DE CERTIFICACIÓN** \_\_\_\_\_

HIJUELA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE

FIRMA DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

COPIA PARA CAPTURA DE DATOS



## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

**NACIDA/O VIVO:** 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 persona gestante/hija/o.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o persona 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 viva/o en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (el) nacido/a 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 nacido/a viva/o, elabore tantos certificados como nacidos/os vivos/os 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 persona 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 persona gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliese con la información proporcionada por la madre o persona gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán corroborados 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 de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
- Solo 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 tiene con "nueves" 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 DDMMAAJJJJ, completando con cero a la izquierda por los días y meses 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 vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vivienda, Núm. exterior (ej. 900) e interior si aplica (21, 2A, 65), 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 de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o persona 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 persona 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 persona gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o persona gestante y la fecha de nacimiento de la (del) nacido/a viva/o.
- 4) **CONDICIÓN POBLACIONAL.** 5.1 Marque si la madre o persona gestante se considera o no indígena. 5.2 Indique si la madre o persona gestante habla o no alguna lengua indígena, en caso afirmativo, especifique cuál. 5.3 Marque si la madre o persona gestante se considera o no afroamericana o afrodescendiente. 5.4 Marque si la madre o persona gestante es o no migrante.
- 5) **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.
- 6) **NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la madre o persona gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidos/os vivos/os, nacidos/os muertos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), moías y embarazos ectópicos. Además, debe incluir éste último embarazo.
- 7) **NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidos/os muertas/os, anote 0.0. Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidos/os vivos/os que ha tenido la madre o persona gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de estos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (el) nacido/a viva/o que se está certificando.
- 8) **LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hijo/a anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si éste/ella vive o no. Si la (el) hijo/a anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otros/as hijas/os".
- 9) **ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacido/a viva/o que se certifica, considerándolo/a como la (el) último/a del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o persona gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidos/os vivos/os como a las (os) nacidos/os muertas/os, independientemente de que a la fecha estén vivos/os o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que correspondió a cada nacimiento.
- 10) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o persona gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o persona gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 12.1. Cuando la madre o persona gestante tenga al menos una derechohabencia o afiliación, anotar en 12.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una derechohabencia o afiliación consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 11) **ATENCIÓN PRENATAL.** 13.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 13.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 13.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 12) **¿VIVE LA MADRE O GESTANTE ANTES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O?** Seleccione "No", si la madre o persona gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 14.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o persona gestante.
- 13) **¿DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ HABITUALMENTE?** Esta pregunta hace exclusivamente referencia al consumo de Tabaco. Marque "Sí", si la madre o persona gestante fumó de manera habitual tabaco durante el período gestacional, en caso contrario marque "No".
- 14) **DURANTE EL EMBARAZO CONSUMIÓ ALCOHOL?** Esta pregunta hace referencia al consumo de cualquier bebida que contenga alcohol. Marque "Sí", si la madre o persona gestante ingirió alcohol durante el período gestacional, en caso contrario marque "No".
- 15) **ESCOLARIDAD.** Si la madre o persona 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 17.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 17.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- 16) **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o persona gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 18.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o persona gestante cuente con un trabajo formal, laboro en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre o persona gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (os) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- 17) **EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre de la (del) recién nacido/a, 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 horas:minutos:HH:MM, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió el día 06 de julio de 2017 a las doce de la noche con 5 minutos, anote 06/07/2017 0:05).
- 19) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por caputro, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día de último ciclo menstrual de la madre o persona gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 20) **PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacido/a viva/o expresado en gramos (ej. Si la (el) nacido/a viva/o pesa 2 kilos 350 gramos, anote 2,350 gramos).
- 21) **PERÍMETRO CEFÁLICO.** Registrar en centímetros la circunferencia de la cabeza de la (del) nacido/a viva/o. Anote (ej. 42) Centímetros.
- 22) **SEXO.** Al momento de la expedición del certificado, si logra identificar el sexo de la (del) nacido/a viva/o, marque la casilla correspondiente (Hombre o Mujer). Si no es posible identificar el sexo de la (del) nacido/a viva/o, marque la casilla "No Especificado".
- 23) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/os vivos/os o muertas/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacido/a viva/o, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupó la (el) nacido/a en este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- 24) **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O.** Si la (el) nacido/a viva/o presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el período 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.
- 25) **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.
- 26) **PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo: Gineco-obstetra, Ciruj/a especialista, Residente, General, Médico/a Pasante en Servicio Social, Médico Pasante en Servicio Social (MPSS) o Médico/a Interno de Pregrado (MIP). Si el parto fue atendido por una (un) enfermera/o, debe especificar el tipo: General, Obstétrica/o, Perinatal o Neonatal. Si el parto fue atendido por una (un) partera/o, debe especificar el tipo: Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Cuando aplique (opciones con \* \* \*) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 27) **CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable del certificado de nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) enfermera/o, especifique el tipo: General, Obstétrica/o, Perinatal o Neonatal. Si el certificado es llenado por una (un) partera/o, especifique el tipo: Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Si el certificado es llenado por una (un) Médico/a Pasante en Servicio Social (MPSS), seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico/a Pasante" en el espacio para especificar. Cuando marque opciones con \* \* \*, especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 28) **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 37.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 37.2 la CLUES correspondiente.

**FE DE ERRATAS** En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o persona 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 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO



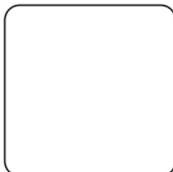
# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2025  
**FOLIO**  
**99999E99999999**

DATOS DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE	1. Nombre(s):		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
	1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP):					
	2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía:			2.2 Entidad Federativa/Pais:		
	3. Fecha de nacimiento:		4. Edad:		5.1 ¿Se considera indígena?:	
	6. Situación conyugal:		5.2 ¿Habla lengua indígena?:		Lengua indígena hablada:	
			5.3 ¿Se considera afroamericana o afrodescendiente?		5.4 ¿Es migrante?	
	7. Residencia habitual y teléfono		7.1 Tipo vialidad:		7.2 Nombre de la vialidad:	
	7.3 Núm. Ext.:		7.4 Núm. Int.:		7.5 Tipo del asentamiento humano:	
	7.6 Nombre del asentamiento humano:		7.9 Municipio o alcaldía:		7.7 Código Postal:	
	7.8 Localidad:		7.11 Teléfono:			
7.10 Entidad federativa:						
DATOS DE LA (DEL) NACIDAO VIVO Y DEL NACIMIENTO	8. N° de Embarazos:		9. Núm. de Hijas/os		9.1. Nacidas/os muertas/os:	
	10. La/EI hijo/o anterior nació:		10.1. Vive aún:		9.2. Nacidas/os vivas/os:	
	12. Afiliación a Servicios de Salud:		12.1. Número de seguridad social o afiliación:		9.3. Sobrevivientes:	
	13. Atención prenatal 13.1. Recibió atención?:		13.2. Trimestre en el que recibió la primer consulta:		11. Orden del nacimiento:	
	14. ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacida/o viva/o:		14.1. Escriba el número de folio del Certificado de Defunción:		12. Número de seguridad social o afiliación:	
	15. ¿Durante el embarazo fumó habitualmente?		16. ¿Durante el embarazo consumió alcohol?		13.3. Total de consultas recibidas:	
	17. Escolaridad:		17.2. Interrumpió estudios por el embarazo?			
	18. Ocupación Habitual:		18.1. Trabaja actualmente:		19. Edad del padre:	
	20. Fecha y hora de nacimiento: null null		21. Edad gestacional:		22. Peso:	
	25. Sexo de la (del) recién nacida/o:		23. Talla:		24. Perímetro cefálico:	
	27. Producto de un embarazo:		Especifique: de		26. Adaptación de la (del) nacida/o en sus primeros minutos	
	28. Aplicación de vacunas y complementos		26.1 Apgar (a los 5 min):		26.2 Silverman (a los 10 min):	
	28.1 BCG:		28.2 Hepatitis B:		28.3. Vitamina A:	
	28.4. Vitamina K:		28.5 Antibiótico oftálmico:			
	29. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o					
a)						
b)						
30. Sitio de Atención del parto:		30.1 Nombre de la unidad médica:		31. Tiempo de traslado:		
Especifique:		30.2. CLUES:		Especifique:		
32. Resolución del embarazo:		32.1 ¿Se usaron fórceps?:				
32.2 Tipo de Césarea:		33.1 Tipo de médico:				
33. Persona que atendió el parto:		33.2 Tipo de partera:		Especifique:		
34. Nombre de quien atendió el parto:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:		
34.1 Si la persona que atendió el parto es profesional de la salud, Número de cédula profesional:						
35. Domicilio donde ocurrió el nacimiento		35.1 Tipo de vialidad:		35.2 Nombre de la vialidad:		
35.3 Núm. Ext.:		35.4 Núm. Int.:		35.5 Tipo de asentamiento:		
35.6 Nombre del asentamiento humano:		35.7 Código Postal:		35.8 Localidad:		
35.8 Localidad:		35.9 Municipio o alcaldía:				
35.10 Entidad federativa:						
DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE	36. Nombre(s):		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
	37. Certificado por:					
	37.1 Especifique el tipo de enfermera/o:		Especifique:		37.2 Especifique el tipo de partera/o:	
	38. Si la(é) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional:					
	39. Unidad médica que proporcionó el Certificado si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica					
	39.1 Nombre de la unidad médica:		39.2 CLUES:			
	40. Domicilio y teléfono		40.1 Tipo de vialidad:		40.2 Nombre de la vialidad:	
	40.3 Núm. Ext.:		40.4 Núm. Int.:		40.5 Tipo de asentamiento:	
	40.6 Nombre del asentamiento humano:		40.7 Código Postal:		40.8 Localidad:	
	40.8 Localidad:		40.9 Municipio o alcaldía:		40.10 Entidad federativa:	
40.10 Entidad federativa:		40.11 Teléfono:				
41. Fecha de Certificación:						

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



CÓDIGO QR



\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

Firma electrónica del Certificante:

Cadena Original:

Sello electrónico de la Secretaría de Salud:

Sello electrónico de la Unidad Médica: