

SECRETARIA DE SALUD

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.

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

JORGE CARLOS ALCOCER VARELA, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los 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 el artículo 104 de la Ley General de Salud, prevé 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 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 las comunidades indígenas 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; 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 punto 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 de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y disposiciones jurídicas aplicables, determinará sus modificaciones y actualizaciones;

Que con base en las disposiciones señaladas, 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 a fin de actualizar las variables contenidas y fue publicado en el mencionado medio de difusión oficial el día 17 de abril de 2015;

Que en la primera reunión extraordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud celebrada el 25 de julio de 2019, se aprobó modificar el modelo del certificado de nacimiento, con la finalidad de mantenerlo actualizado en sus versiones impresa y electrónica, toda vez 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;

Que con la finalidad de contar con información actualizada para su análisis y explotación, 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, PUBLICADO 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 modificatorio publicado en el mismo medio oficial de difusión el 17 de abril de 2015.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del 1o. de enero de 2020.

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 y en su modificatorio publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de abril de 2015, se podrán seguir utilizando hasta agotar su existencia.

Dado en la Ciudad de México, a los 29 días de noviembre de 2019.- El Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela.**- Rúbrica.

ANEXO 1 REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO



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

Modelo 2007
FOLIO

999999999

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 PÁRRAFO SEXTO) 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 ORIGINARIOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE
1. NOMBRE
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)
2. LUGAR DE NACIMIENTO
3. FECHA DE NACIMIENTO
4. EDAD
5. CONDICIÓN INDÍGENA
6. SITUACIÓN CONYUGAL
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)
9. NÚMERO DE HUIJIDOS (incluye el actual)
10. LA (EL) HUIJO ANTERIOR NACIÓ
11. ORDEN DEL NACIMIENTO
12. ATENCIÓN PRENATAL
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA(O) VIVO(A)?
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
15. ESCOLARIDAD
16. OCUPACIÓN HABITUAL
17. EDAD DEL PADRE

DATOS DE LA (DEL) NACIDA(O) VIVO(A) Y DEL NACIMIENTO
18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
19. SEXO
20. EDAD GESTACIONAL
21. TALLA
22. PESO AL NACER
23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA(O) EN SUS PRIMEROS MINUTOS
24. TAMIZ AUDITIVO
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA(O) VIVO(A)
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
29. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
30. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE
32. NOMBRE
33. CERTIFICADO POR
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
36. DOMICILIO Y TELÉFONO
37. FIRMA
38. FECHA DE CERTIFICACIÓN
HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE
FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE
SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE



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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDA/O VIVO/O: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE O GESTANTE, INDEPENDIEMENTE 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 MUSCULOS 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 gestante-hija/o.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o una constancia de vecindad.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a toda/o nacida/o viva/o en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (al) nacida/o 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 nacida/o viva/o, elabore tantos certificados como nacidas/os vivas/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 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 gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre o gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados 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 datos 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 sola opción.
- Sólo 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 llene con "nuevas" 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 DD/MM/AA, completando con cero a la izquierda los días y meses de un dígito (ej. para el 05 de mayo de 2020) anote 05/05/2020.
- 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 vía/dirección (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, 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 consono".
- 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 del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o 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 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 gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o gestante y la fecha de nacimiento de la (del) nacida/o viva/o.
- 5) En 5.1 marque si la madre o gestante se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre o gestante habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo especifique la lengua.
- 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 gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidas/os vivas/os, nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir éste último embarazo.
- 9) **NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante, no ha tenido hijas/os nacidas/os muertas/os, anote 00. Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidas/os vivas/os que ha tenido la madre o gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de éstos falleciera. En 9.3 anote cuántos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (al) nacida/o viva/o que se está certificando.
- 10) **LA (EL) HIJAO ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hijao anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si éste/a vive o no. Si la (el) hijao 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/hijas/os".
- 11) **ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacida/o viva/o que se certifica, considerándola/o como la (el) última/o del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidas/os vivas/os como a las (los) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponde a cada nacimiento.
- 12) **ATENCIÓN PRENATAL.** 12.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el trimestre de la atención en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 13) **¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 13.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o gestante.
- 14) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Cuando la madre o gestante tenga al menos una afiliación o derechohabencia, anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 15) **ESCOLARIDAD.** Si la madre o 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 15.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 15.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- 16) **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 16.1 marque la opción "SI" cuando la madre o 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 gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- 17) **EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre, 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 HH:MM, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 00:05).
- 19) **SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (del) nacida/o viva/o, omita la respuesta y siga las instrucciones del Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 20) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por capuro, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 22) **PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacida/o viva/o expresado en gramos (ej. Si la (el) nacida/o viva/o pesa 2 kilos 350 gramos, anote: 2350 gramos). Si es el segundo producto, poner de g.
- 26) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidas/os vivas/os o muertas/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacida/o viva/o, 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 de g.
- 27) **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O.** Si la (el) nacida/o 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.
- 29) **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 a otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- 30) **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, Médica/o Pasante en Servicio Social -MFSS- o Médica/o Interno de Pregrado -MIP-). Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 33) **CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) Médica/o Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médica/o Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 35) **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 35.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 35.2 la CLUES correspondiente.

<p>FE DE ERRATAS En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o gestante: nombre(s) y apellidos.</p> <p>1) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____</p> <p>2) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____</p> <p>3) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____</p> <p>Responsable de la corrección: _____</p> <p style="text-align: center;">Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p>	<p style="text-align: center;">Sello oficial de la Unidad Médica</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 10px 0;"></div> <p style="text-align: center;">Firma</p>
--	--



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Módulo 2020
FOLIO

999999999

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, PÁRRAFO SEXTO). 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

Form section: DATOS DE LA MADRE O GESTANTE. Includes fields for name, CURP, marital status, residence, pregnancy details, and health services.

Form section: DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O Y DEL NACIMIENTO. Includes fields for birth date, sex, weight, adaptation, and medical attention during birth.

Form section: DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE. Includes fields for certifier name, medical unit, and certification date.

Form section: HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE and FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE. Includes a fingerprint area and a signature line.



COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE O GESTANTE



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

Modelo 2017
FOLIO

999999999

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. PÁRRAFO VIVO). 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 GESTANTE
1. NOMBRE
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)
2. LUGAR DE NACIMIENTO
3. FECHA DE NACIMIENTO
4. EDAD
5. CONDICIÓN INDÍGENA
6. SITUACIÓN CONYUGAL
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
8. NÚMERO DE EMBARAZOS
9. NÚMERO DE HIJOS/AOS
10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ
11. ORDEN DEL NACIMIENTO
12. ATENCIÓN PRENATAL
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O?
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
15. ESCOLARIDAD
16. OCUPACIÓN HABITUAL
17. EDAD DEL PADRE

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O Y DEL NACIMIENTO
18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
19. SEXO
20. EDAD GESTACIONAL
21. TALLA
22. PESO AL NACER
23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS
24. TAMIZ AUDITIVO
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE
32. NOMBRE
33. CERTIFICADO POR
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
36. DOMICILIO Y TELÉFONO
37. FIRMA
38. FECHA DE CERTIFICACIÓN

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE
FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE
SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDAO VIVO/O: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE O GESTANTE, INDEPENDIEMENTE 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 gestante-hija/o.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o 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 y obligatoria, por la persona que atendió a la (a) 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.
- Llene 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 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 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 gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados 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.
- Lleve este documento no en vidrio 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 sola opción.
- Sólo 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 llene con "nuevos" 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 (D/M/A), completando con ceros a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 05 de mayo de 2020) anote (05/05/2020).
- 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 vía/idad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vía/idad, 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. (Vite 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 del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o 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 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 gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o gestante y la fecha de nacimiento de la (del) nacido/a vivo/a.
- 5) En 5.1** marque si la madre o gestante se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre o gestante habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo especifique la lengua.
- 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 gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidos/os vivos/os, nacidos/os muertos/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir éste último embarazo.
- 9) NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante, no ha tenido hijas/os nacidas/os muertas/os, anote 0. En 9.2 el total de hijas/os nacidas/os vivos/os que ha tenido la madre o gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de éstos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (a) nacido/a vivo/a que se está certificando.
- 10) LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ.** 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 está vivo o no. Si la (el) hija/o anterior nació muerta marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otros/as hijas/os".
- 11) ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacido/a vivo/a que se certifica, considerándolo/a como la (el) último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidas/os vivos/os como a las (los) nacidas/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 corresponda a cada nacimiento.
- 12) ATENCIÓN PRENATAL.** 12.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 13) ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE ANTES DE LA (DEL) NACIDAO VIVO/O?** Seleccione "No", si la madre o gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 13.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o gestante.
- 14) AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Cuando la madre o gestante tenga al menos una afiliación o derechohabencia, anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 15) ESCOLARIDAD.** Si la madre o 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 15.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 15.2 especifique si por el embarazo se interrumperon los estudios.
- 16) OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 16.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o 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 gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- 17) EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre, 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 (H:MM:SS), usando la escala de 24 horas, (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote (0:00:05)).
- 19) SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (del) nacido/a vivo/a, omita la respuesta y siga las instrucciones del Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 20) EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por caputo, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 22) PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacido/a vivo/a expresado en gramos (ej. Si la (el) nacido/a vivo/a pesa 2 kilos 350 gramos, anote: (2,350) gramos).
- 26) 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 vivo/a, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupa la (el) nacido/a es este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- 27) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDAO VIVO/O.** Si la (el) nacido/a vivo/a presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo 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 de gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente.
- 29) RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: estético, distócico (para este caso, indicar si se usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- 30) 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 -MPSS- o Médico/a Interno de Pregrado -MIP-). Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 33) CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) Médico/a Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico/a Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 35) 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 35.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 35.2 la CLAVES correspondiente.

FE DE ERRATAS En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o gestante: nombre(s) y apellidos.		Sello oficial de la Unidad Médica	
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 _____			

