

SEXTA SECCION

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO que modifica el diverso 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.

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

MARÍA DE LAS MERCEDES MARTHA JUAN LÓPEZ, Secretaria 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 y 392 de la Ley General de Salud; 90 Bis 1, párrafo tercero del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como 6 y 7, fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el párrafo tercero, del artículo 90 Bis 1 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, establece que la Secretaría de Salud, mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación, dará a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición de los certificados de nacimiento;

Que 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, y

Que la Secretaría de Salud con la participación de diversos integrantes del Sistema Nacional de Salud acordó, en los términos que se prevén en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, modificar y actualizar las variables contenidas en el certificado de nacimiento con la finalidad de fortalecer la calidad de la información en salud, por lo que he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO QUE MODIFICA EL DIVERSO 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

ARTÍCULO ÚNICO.- Se modifican los Anexos 1 y 2, del 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; para quedar como se establece en los Anexos 1 y 2, del presente instrumento.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Los formatos de certificados de nacimiento del modelo publicado 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, distribuidos por la Secretaría de Salud podrán seguirse utilizando hasta agotar su existencia.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los trece días del mes de abril de dos mil quince.- La Secretaria de Salud, **María de las Mercedes Martha Juan López**.- 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 2015
FOLIO
00000000

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Main form containing sections: DATOS DE LA MADRE (1-16), DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO (17-30), and DATOS DEL CERTIFICANTE (31-37). Includes fields for name, date of birth, marital status, and medical details.



Signature and stamp area with fields for 'HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO', 'HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE', 'FIRMA DE LA MADRE', and 'SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MEDICA CERTIFICANTE'.

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, 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-hijo(a).
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre (que preferentemente contenga su domicilio).
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió al nacido vivo después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello por la autoridad sanitaria competente.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto nacido vivo, elabore tantos certificados como productos nacidos vivos resulten del nacimiento.
- Una vez expedido, la entrega de este certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible al Registro Civil para tramitar la correspondiente Acta de Nacimiento.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- 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.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción, excepto la pregunta número 14.
- Sólo cuando se desconoce 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 "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.AAAA, completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2014) anote 06.05.2014.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Pateonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, 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 delegación y entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del nacido vivo y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo.
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre 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 delegación y de la entidad federativa donde nació la madre. Si ésta nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta municipio o delegación y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- 3) **EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre y la fecha de nacimiento del nacido vivo.
- 4) En 5.1 marque si la madre se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre habla alguna lengua indígena y en caso afirmativo especifique en 5.3 la lengua.
- 5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre 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 de éste.
- 6) **NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidos vivos, nacidos muertos (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además debe incluir este último embarazo.
- 7) **NÚMERO DE HIJOS(A)S.** Anote en 9.1 el total de hijos(as) nacidos muertos(as) (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la mujer no ha tenido hijos(as) nacidos muertos(as), anote 0(0). Escriba en 9.2 el total de hijos(as) nacidos vivos(as) que ha tenido la madre, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de éstos después falleciera. En 9.3 anote cuantos de los hijos(as) registrados en 9.2 Sobrevivientes, incluyendo al nacido vivo(a) que se está certificando.
- 8) **EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ.** Si éste es el primer hijo(a) marque "No ha tenido otros hijos(as)". Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si el hijo(a) anterior nació vivo(a) marque la opción "vivo(a)" y en 10.1 anote si éste vive o no. Si el hijo(a) anterior nació muerto(a) marque la opción "muerto(a)" y omita la respuesta de 10.1.
- 9) **ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacido vivo que se certifica, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los nacidos vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponde a cada producto.
- 10) **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.
- 11) **¿VIVE LA MADRE DEL NACIDO(A) VIVO(A)?** Seleccione "No", si la madre 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.
- 12) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Una persona puede tener más de una afiliación o derechohabencia, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por la madre (admite hasta dos respuestas). Cuando la madre 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.
- 13) **ESCOLARIDAD.** Si la madre no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna"; en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios y en 15.1 indique si la escolaridad seleccionada en 15 es completa o incompleta.
- 14) **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre (ej. enfermera, secretaria, mesera, maestra). En 16.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo remunerado, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar, cuidados de los hijos, a estudiar, sea remita, jubilada, etc.
- 15) **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.H.MM, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote (0.0.0.5)).
- 16) **SEXO.** Si no es posible definir el sexo del nacido vivo, omita la respuesta y asegúrese de anotar la(s) afección(es) en la variable 26.
- 17) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por Capurro, si esto no es posible calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 18) **PESO AL NACER.** Anote el peso del nacido vivo expresado en gramos (ej. Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos anote 2.3.5.0 Gramos).
- 19) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de productos (nacidos vivos o muertos) de este parto. Si el embarazo es múltiple se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada producto nacido vivo, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento.
- 20) **ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el nacido vivo presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, 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 que corresponda.
- 21) **RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para éste además marque si se usaron fórceps o no), cesárea u otro (en este último caso especifique en el espacio contiguo).
- 22) **PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por un médico, marque la opción "Médico" y enseguida seleccione el tipo de médico (Gineco-obstetra, Otro especialista, Residente, General, Médico Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médico Interno de Pregrado -MIP-), en caso contrario marque de entre el resto de las opciones la adecuada. Cuando aplique (opciones con *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 23) **CERTIFICADO POR.** Marcar la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por un Médico Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 24) **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 34.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 34.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS

En esta sección no es válido consignar el nombre completo de la madre: 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

FOLIO

00000000

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE
1. NOMBRE
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)
2. LUGAR DE NACIMIENTO
3. FECHA DE NACIMIENTO
4. EDAD
5.1 ¿Se considera indígena?
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?
6. ESTADO CONYUGAL
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
8. NÚMERO DE EMBARAZOS
9. NÚMERO DE HIJOS (AS)
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO
11. ORDEN DEL NACIMIENTO
12. ATENCIÓN PRENATAL
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
15. ESCOLARIDAD
16. OCUPACIÓN HABITUAL

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
18. SEXO
19. EDAD GESTACIONAL
20. TALLA
21. PESO AL NACER
22.1 APGAR (A los 5 minutos)
22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos)
23. TAMIZ AUDITIVO
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE
31. NOMBRE
32. CERTIFICADO POR
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
35. DOMICILIO Y TELÉFONO
36. FIRMA
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO
HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE
FIRMA DE LA MADRE
SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, 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-hijo(a).
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre (que preferentemente contenga su domicilio).
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atenderá al nacido vivo después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello por la autoridad sanitaria competente.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto nacido vivo, elabore tantos certificados como productos nacidos vivos resulten del nacimiento.
- Una vez expedido, la entrega de este certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible al Registro Civil para tramitar la correspondiente Acta de Nacimiento.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Escriba con tinta (no utílices pluma de gel), usando letra de molde clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- 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.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción, excepto la pregunta número 14.
- Sólo 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 "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 DD.MM.AAAA, completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2014 anote 06.05.2014).
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 880) e Interior si aplica (ZI, ZA, OI), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, localidad, municipio o delegación y entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del nacido vivo y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo.
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre 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 delegación y de la entidad federativa donde nació la madre. Si ésta nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta municipio o delegación y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- 3) **EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre y la fecha de nacimiento del nacido vivo.
- 4) En 5.1 marque si la madre se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre habla alguna lengua indígena y en caso afirmativo especifique en 5.3 la lengua.
- 5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre y el teléfono donde se la pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de éste.
- 6) **NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidos vivos, nacidos muertos (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además debe incluir este último embarazo.
- 7) **NÚMERO DE MUERTOS (AS).** Anote en 9.1 el total de hijos(as) nacidos muertos(as) (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la mujer no ha tenido hijos(as) nacidos muertos(as), anote 0.0. Escriba en 9.2 el total de hijos(as) nacidos vivos(as) que ha tenido la madre, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de éstos después falleciera. En 9.3 anote cuantos de los hijos(as) registrados en 9.2 Sobrevivientes, incluyendo al nacido vivo(a) que se está certificando.
- 10) **EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ.** Si éste es el primer hijo(a) marque "No ha tenido otros hijos(as)". Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si el hijo(a) anterior nació vivo(a) marque la opción "vivo(a)" y en 10.1 anote si éste vivo o no. Si el hijo(a) anterior nació muerto(a) marque la opción "muerto(a)" y omita la respuesta 10.2.
- 11) **ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacido vivo que se certifica, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los nacidos vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada producto.
- 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 DEL NACIDO(A) VIVO(A)?** Seleccione "No", si la madre 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.
- 14) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Una persona puede tener más de una afiliación o derechohabencia, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por la madre (admite hasta dos respuestas). Cuando la madre 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.
- 15) **ESCOLARIDAD.** Si la madre no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna"; en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios y en 15.1 indique si la escolaridad seleccionada en 15 es completa o incompleta.
- 16) **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre (ej. enfermera, secretaria, mesera, maestra). En 16.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo remunerado, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar, cuidados de los hijos, a estudiar, sea rentista, jubilada, etc.
- 17) **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.H.MM, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 0.0.0.5.).
- 18) **SEXO.** Si no es posible definir el sexo del nacido vivo, omita la respuesta y asegúrese de anotar la(s) afeción(es) en la variable 26.
- 19) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por Capurro, si esto no es posible calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 20) **PESO AL NACER.** Anote el peso del nacido vivo expresado en gramos (ej. Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos anote 2.3.5.0 Gramos).
- 21) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de productos (nacidos vivos o muertos) de este parto. Si el embarazo es múltiple se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada producto nacido vivo, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento.
- 26) **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el nacido vivo presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el período perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, 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 que corresponda.
- 27) **RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para éste además marque si se usaron fórceps o no), cesárea u otro (en éste último caso especifique en el espacio contiguo).
- 29) **PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por un médico, marque la opción "Médico" y enseguida seleccione el tipo de médico (Gineco-obstetra, Otro especialista, Residente, General, Médico Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médico Interno de Pregrado -MIP-), en caso contrario marque de entre el resto de las opciones la adecuada. Cuando aplique (opciones con *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 32) **CERTIFICADO POR.** Marcar la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por un Médico Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 34) **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 atendió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 34.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 34.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS

En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre: 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

MARZO 2015
FOLIO
00000000

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

Form section 1-18: NOMBRE, CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP), LUGAR DE NACIMIENTO, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, ESTADO CONYUGAL, RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO, NÚMERO DE EMBARAZOS, NÚMERO DE HIJOS (AS), EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO, ORDEN DEL NACIMIENTO, ATENCIÓN PRENATAL, VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?, AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN HABITUAL.

Form section 17-30: FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO, SEXO, EDAD GESTACIONAL, TALLA, PESO AL NACER, APGAR, SILVERMAN, TAMIZ AUDITIVO, APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO, RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO, SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO, PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO, DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO.

Form section 31-37: NOMBRE, CERTIFICADO POR, SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, DOMICILIO Y TELÉFONO, FIRMA, FECHA DE CERTIFICACIÓN.

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

COPIA PARA CAPTURA DE DATOS

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, 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-hijo(a).
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre (que preferentemente contenga su domicilio).
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió al nacido vivo después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello por la autoridad sanitaria competente.
- Llène un Certificado de Nacimiento por cada producto nacido vivo, elabore tantos certificados como productos nacidos vivos resulten del nacimiento.
- Una vez expedido, la entrega de este certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible al Registro Civil para tramitar la correspondiente Acta de Nacimiento.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- 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.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción, excepto la pregunta número 14.
- 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.AAAA, completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2014) anote 05.05.2014.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 960) e interior si aplica (21, 2A, GS), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, localidad, municipio o delegación y entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del nacido vivo y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo.
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre 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 delegación y de la entidad federativa donde nació la madre. Si ésta nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta municipio o delegación y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- 3) **EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre y la fecha de nacimiento del nacido vivo.
- 4) En 5.1 marque si la madre se considera o no indígena. En 5.2 indique si la madre habla alguna lengua indígena y en caso afirmativo especifique en 5.3 la lengua.
- 5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre y al 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 de éste.
- 6) **NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidos vivos, nacidos muertos (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además debe incluir este último embarazo.
- 7) **NÚMERO DE HIJOS(A)S.** Anote en 9.1 el total de hijos(as) nacidos muertos(as) [sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la mujer no ha tenido hijos(as) nacidos muertos(as), anote 0.0. Escriba en 9.2 el total de hijos(as) nacidos vivos(as) que ha tenido la madre, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de éstos después falleciera. En 9.3 anote cuantos de los hijos(as) registrados en 9.2 Sobrevivientes, incluyendo al nacido vivo(a) que se está certificando.
- 8) **EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ.** Si éste es el primer hijo(a) marque "No ha tenido otros hijos(as)". Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si el hijo(a) anterior nació vivo(a) marque la opción "vivo(a)" y en 10.1 anote si éste vive o no. Si el hijo(a) anterior nació muerto(a) marque la opción "muerto(a)" y omita la respuesta de 10.1.
- 9) **ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacido vivo que se certifica, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los nacidos vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada producto.
- 10) **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.
- 11) **¿VIVE LA MADRE DEL NACIDO(A) VIVO(A)?** Seleccione "No", si la madre 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.
- 12) **AFLIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1. Una persona puede tener más de una afiliación o derechohabencia, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por la madre (admite hasta dos respuestas). Cuando la madre 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.
- 13) **ESCOLARIDAD.** Si la madre no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna"; en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios y en 15.1 indique si la escolaridad seleccionada en 15 es completa o incompleta.
- 14) **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre (ej. enfermera, secretaria, mesera, maestra). En 16.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo remunerado, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar, cuidados de los hijos, a estudiar, sea rentista, jubilada, etc.
- 15) **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.H.M.M., usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 0.0.0.5.).
- 16) **SEXO.** Si no es posible definir el sexo del nacido vivo, omita la respuesta y asegúrese de anotar la(s) afeción(es) en la variable 26.
- 17) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por Capurro, si esto no es posible calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 18) **PESO AL NACER.** Anote el peso del nacido vivo expresado en gramos (ej. Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos anote 2.350.0 Gramos).
- 19) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de productos (nacidos vivos o muertos) de este parto. Si el embarazo es múltiple se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada producto nacido vivo, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento.
- 20) **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el nacido vivo presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, 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 que corresponda.
- 21) **RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para éste además marque si se usaron fórceps o no), cesárea u otro (en éste último caso especifique en el espacio contiguo).
- 22) **PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por un médico, marque la opción "Médico" y enseguida seleccione el tipo de médico (Gineco-obstetra, Otro especialista, Residente, General, Médico Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médico Interno de Pregrado -MIP-), en caso contrario marque de entre el resto de las opciones la adecuada. Cuando aplique (opciones con *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 23) **CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por un Médico Pasante en Servicio Social, seleccione la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 24) **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 34.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 34.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS

En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre: nombre(s) y apellidos.

1) Núm. de preguntas: _____ Corrección: _____

2) Núm. de preguntas: _____ Corrección: _____

3) Núm. de preguntas: _____ Corrección: _____

Responsable de la corrección:

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Firma

Sello oficial de la Unidad Médica

ANEXO 2. REPRESENTACIÓN IMPRESA DE LA VERSIÓN ELECTRÓNICA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO



SECRETARÍA DE SALUD
 REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL
CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

MODELO 2015
 FOLIO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS, ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| DATOS DE LA MADRE | 1. NOMBRE(S): | | PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | | |
| | 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): | | | | | | | |
| | 2. LUGAR DE NACIMIENTO | | | 2.1 Municipio/Delegación: | | | | |
| | | | | 2.2 Entidad federativa/pais (si es extranjera): | | | | |
| | 3. FECHA DE NACIMIENTO: | | 4. EDAD: | | 5.1 ¿Se considera indígena? | | 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? | |
| | | | | | 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? | | | |
| | 6. ESTADO CONYUGAL: | | | | | | | |
| | 7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO | | | 7.1 Tipo de vivienda: | | 7.2 Nombre de la vivienda: | | |
| | 7.3 Núm. Exterior: | | | 7.4 Núm. Interior: | | 7.5 Tipo de asentamiento humano: | | |
| | 7.6 Nombre del asentamiento humano: | | | | | 7.7 Código Postal: | | |
| | 7.8 Localidad: | | | 7.9 Municipio o delegación: | | 7.10 Entidad federativa: | | |
| | | | | | | 7.11 Teléfono: | | |
| | 8. NO. DE EMBARAZOS (incluye el actual): | | 9. NO. DE HIJOS(AS): | | 9.1 Nacidos muertos(as): | | 9.2 Nacidos vivos(as): | |
| | | | | | 9.3 Sobrevivientes: | | | |
| | 10. EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ: | | | 10.1 Vive aún: | | 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples): | | |
| | 12. ATENCIÓN PRENATAL | | | 12.1 ¿Recibió atención? | | 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: | | |
| | | | | | 12.3 Total de consultas recibidas: | | | |
| 13. ¿VIVE LA MADRE DEL(A) NACIDO(A) VIVO(A)?: | | | 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: | | | | | |
| 14. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: | | | 14.1 Número de seguridad social o afiliación: | | | | | |
| 15. ESCOLARIDAD: | | | 15.1 La escolaridad seleccionada es: | | | | | |
| 16. OCUPACIÓN HABITUAL: | | | 16.1 Trabaja actualmente: | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|--------------------|---|-------------|-------------------|-----------------|---|-----------------------|------------------|--|
| DATOS NACIDO VIVO Y NACIMIENTO | 17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO | | FECHA: | | HORA: | | 18. SEXO: | | 19. EDAD GESTACIONAL: | | |
| | 20. TALLA: | | 21. PESO AL NACER: | | 22.1 APGAR: | | 22.2 SILVERMAN: | | 23. TAMIZ AUDITIVO: | | |
| | 24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS | | | 24.1 BCS: | | 24.2 Hepatitis B: | | 24.3 Vitamina A: | | 24.4 Vitamina K: | |
| | 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: | | | | | | | | | | |
| | 26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO | | | | | | | | | | |
| | a) _____ | | | | | | | | | | |
| | b) _____ | | | | | | | | | | |
| | 27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: | | | Si la resolución del embarazo fue distócico, ¿Se usaron fórceps?: | | | | Si la resolución fue "Otro", especifique: | | | |
| | 28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: | | | 28.1 Nombre de la unidad médica: | | | | 28.2 CLUES: | | | |
| | 29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: | | | Si fue "Otro", especifique: | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------|--|--|------------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------------|--|
| DATOS CERTIFICANTE | 31. NOMBRE(S): | | PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | |
| | 32. CERTIFICADO POR: | | Si es el caso, especifique: | | | | |
| | 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, Número de cédula profesional: | | | | | | |
| | 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONA EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA | | | | | | |
| | 34.1 Nombre de la unidad médica: | | | 34.2 CLUES: | | | |
| | 35. DOMICILIO Y TELÉFONO | | | 35.1 Tipo de vivienda: | | 35.2 Nombre de la vivienda: | |
| | 35.3 Núm. Exterior: | | | 35.4 Núm. Interior: | | 35.5 Tipo de asentamiento humano: | |
| | 35.6 Nombre del asentamiento humano: | | | 35.7 Código Postal: | | 35.8 Localidad: | |
| | | | 35.9 Municipio o delegación: | | 35.10 Entidad federativa: | | |
| | | | | | 35.11 Teléfono: | | |

| | | |
|--|---------------------------------|---------------|
| HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO | HUELLA DACTILAR DE LA MADRE | CÓDIGO QR |
| FIRMA DE LA MADRE | | |

30. FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA DEL CERTIFICANTE
 CADENA ORIGINAL

SELLO ELECTRÓNICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y UNIDAD MÉDICA

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PATROLABRES.
 ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL.
 LA VERDADERA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA REGISTRO NACIONAL EN LINEA DE LA SECRETARÍA DE SALUD.
 ENTREGAR A LA MADRE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL.



SECRETARÍA DE SALUD
REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL
CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

MODELO 2015
 FOLIO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS, ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

| | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|---|--|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| DATOS DE LA MADRE | 1. NOMBRE(S): | | PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | | |
| | 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): | | | | | | | |
| | 2. LUGAR DE NACIMIENTO | | | 2.1 Municipio/Delegación: | | | | |
| | | | | 2.2 Entidad federativa/país (si es extranjera): | | | | |
| | 3. FECHA DE NACIMIENTO: | | 4. EDAD: | | 5.1 ¿Se considera indígena? | | 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? | |
| | | | | | 5.3 ¿Cullí lengua indígena habla? | | | |
| | 7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO | | | 7.1 Tipo de vitalidad: | | 7.2 Nombre de la vitalidad: | | |
| | 7.3 Núm. Exterior: | | 7.4 Núm. Interior: | | 7.5 Tipo de asentamiento humano: | | | |
| | 7.6 Nombre del asentamiento humano: | | 7.8 Localidad: | | 7.9 Municipio o delegación: | | 7.10 Entidad federativa: | |
| | | | | | 7.11 Teléfono: | | | |
| | 8. NO. DE EMBARAZOS (incluye el actual): | | 9. NO. DE HIJOS(AS): | | 9.1 Nacidos muertos(as): | | 9.2 Nacidos vivos(as): | |
| | | | | | 9.3 Sobrevivientes: | | | |
| | 10. EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ: | | 10.1 Vive aún: | | 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples): | | | 12.3 Total de consultas recibidas: |
| | 12. ATENCIÓN PRENATAL | | 12.1 ¿Recibió atención? | | 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: | | 12.3 Total de consultas recibidas: | |
| | 13. ¿VIVE LA MADRE DEL(A) NACIDO(A) VIVO(A)?: | | 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: | | | | | |
| | 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: | | 15.1 La escolaridad seleccionada es: | | 14.1 Número de seguridad social o afiliación: | | | |
| 15. ESCOLARIDAD: | | | | 15.1 Trabajo actualmente: | | | | |
| 16. OCUPACIÓN HABITUAL: | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|---------------------|---|---------------------------|-----------------------|--|
| DATOS NACIDO VIVO Y NACIMIENTO | 17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO | | FECHA: | | HORA: | | 18. SEXO: | | 19. EDAD GESTACIONAL: | |
| | 20. TALLA: | | 21. PESO AL NACER: | | 22.1 APGAR: | | 22.2 SILVERMAN: | | 23. TAMAZ AUDITIVO: | |
| | 24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS | | 24.1 BCG: | | 24.2 Hepatitis B: | | 24.3 Vitamina A: | | 24.4 Vitamina K: | |
| | 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: | | | | | | | | | |
| | 26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO | | | | | | | | | |
| | a) _____ | | | | | | | | | |
| | b) _____ | | | | | | | | | |
| | 27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: | | Si la resolución del embarazo fue distócico, ¿se usaron fórceps?: | | | | Si la resolución fue "Otro", especifique: | | | |
| | 28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: | | 28.1 Nombre de la unidad médica: | | | | 28.2 CLUES: | | | |
| | 29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: | | Si fue "Otro", especifique: | | | | | | | |
| 30. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO | | | 30.1 Tipo de vitalidad: | | 30.2 Nombre de la vitalidad: | | | | | |
| 30.3 Núm. Exterior: | | 30.4 Núm. Interior: | | 30.5 Tipo de asentamiento humano: | | | 30.6 Tipo de asentamiento humano: | | | |
| 30.5 Nombre del asentamiento humano: | | 30.8 Localidad: | | 30.9 Municipio o delegación: | | 30.7 Código Postal: | | 30.10 Entidad federativa: | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------|
| DATOS CERTIFICANTE | 31. NOMBRE(S): | | PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | |
| | 32. CERTIFICADO POR: | | | | | | |
| | 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO. Número de cédula profesional: | | | | | | |
| | 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONA EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA | | | | | | |
| | 34.1 Nombre de la unidad médica: | | | | | | 34.2 CLUES: |
| | 35. DOMICILIO Y TELÉFONO | | | 35.1 Tipo de vitalidad: | | 35.2 Nombre de la vitalidad: | |
| | 35.3 Núm. Exterior: | | 35.4 Núm. Interior: | | 35.5 Tipo de asentamiento humano: | | |
| 35.6 Nombre del asentamiento humano: | | 35.8 Localidad: | | 35.9 Municipio o delegación: | | 35.10 Entidad federativa: | |
| | | | | | | 35.11 Teléfono: | |

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE

CÓDIGO QR

36. FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA DEL CERTIFICANTE
 COPIA ORIGINAL

FIRMA DE LA MADRE

SELLO ELECTRÓNICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y UNIDAD MÉDICA

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.
 ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL.
 LA VERBA VALDE DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA IMPLEMENTADO PARA TAL FIN POR LA SECRETARÍA DE SALUD.

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE