

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 2018
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: Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____

2. LUGAR DE NACIMIENTO: 2.1 Municipio o Alcaldía _____ 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) _____

3. FECHA DE NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____

4. EDAD: Años _____

5. CONDICIÓN INDÍGENA: 5.1 ¿Se considera indígena? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ *Especifique: _____

6. SITUACIÓN CONYUGAL: Soltera ☐ En unión libre ☐ Casada ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Se ignora ☐

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: 7.1 Tipo de vivienda _____ 7.2 Nombre de la vivienda _____ 7.3 Núm. Ext. _____ 7.4 Núm. Int. _____ 7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 7.7 Código Postal _____ 7.8 Localidad _____ 7.9 Municipio o Alcaldía _____ 7.10 Entidad federativa _____ 7.11 Teléfono _____

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (excluye el actual): 8.1 Nacidos/Muertos ☐ Se ignora ☐ 8.2 Nacidos/Vivos ☐ Se ignora ☐ 8.3 Sobrevivientes ☐ Se ignora ☐

9. LA (EL) VIVIA/ ANTERIOR NACÍ: 9.1 Nacido/a ☐ Muerto/a ☐ No ha tenido ☐ 9.2 ¿Se considera indígena? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ 9.3 ¿Habla alguna lengua indígena? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ *Especifique: _____

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos/os, muertos/os, múltiples): _____ Se ignora ☐

11. ATENCIÓN PRENATAL: 11.1 ¿Recibió atención? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero ☐ Segundo ☐ Tercero ☐ Se ignora ☐ 11.3 Total de consultas recibidas: _____ Se ignora ☐

12. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A? SI ☐ No ☐ 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ ISSFAM ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____

14. ESCOLARIDAD: 14.1 Ninguna ☐ 14.2 Técnico terminal con secundaria ☐ 14.3 Profesional ☐ 14.4 Bachillerato o preparatoria ☐ 14.5 Secundaria ☐ 14.6 Técnico terminal con preparatoria ☐ 14.7 Se ignora ☐ 14.8 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐ 14.9 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐

15. OCUPACIÓN HABITUAL: 15.1 Trabaja actualmente: SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ 15.2 Edad del padre: _____ Se ignora ☐

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

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____

17. SEXO: Hombre ☐ Mujer ☐ 18. EDAD GESTACIONAL: _____ Semanas _____

19. TALLA: _____ Centímetros _____

20. PESO AL NACER: _____ Gramos _____

21. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDO/A EN SUS PRIMEROS MINUTOS: 21.1 APGAR (A los 5 minutos) _____ 21.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) _____

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 22.1 BCG ☐ 22.2 Hepatitis B ☐ 22.3 Vitamina A ☐ 22.4 Vitamina K ☐ 22.5 Producto de un embarazo: Único ☐ Gemelar ☐ Tres o más ☐ *Especifique: _____

23. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A: a) _____ b) _____

24. CÓDIGO CIE: _____

25. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 25.1 Nombre de la unidad médica: _____ 25.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____

26. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Horas _____ Minutos _____

27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: 27.1 Dúctico ☐ 27.2 Diséctico ☐ *Especifique: _____

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico/a ☐ Enfermero/a ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Parto/a ☐ Otro/a ☐ *Especifique: _____

29. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Ext. _____ 29.4 Núm. Int. _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o Alcaldía _____ 29.10 Entidad federativa _____

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

30. NOMBRE: Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

31. CERTIFICADO POR: Médico/a pediatra ☐ Médico/a Gineco-obstetra ☐ Otro/a médico/a ☐ Enfermero/a ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Parto/a ☐ Autoridad civil ☐ *Especifique: _____

32. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD: Número de cédula profesional: _____

33. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA: 33.1 Nombre de la unidad médica: _____ 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____

34. DOMICILIO Y TELÉFONO: 34.1 Tipo de vivienda _____ 34.2 Nombre de la vivienda _____ 34.3 Núm. Ext. _____ 34.4 Núm. Int. _____ 34.5 Tipo de asentamiento humano _____ 34.6 Nombre del asentamiento humano _____ 34.7 Código Postal _____ 34.8 Localidad _____ 34.9 Municipio o Alcaldía _____ 34.10 Entidad federativa _____ 34.11 Teléfono _____

35. FIRMA: _____

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____

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 VIVA/O: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE O GESTANTE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN, RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS 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.
- Se llenará un Certificado de Nacimiento por cada nacida/o viva/o, elaborando tantos certificados como nacidos/as vivos/as resulten del nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o 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 auxílese 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.
- 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 llenas 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 ceros 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 vivienda (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vivienda, Núm. exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad habitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- 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:

- 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.
- 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".
- 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.
- 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.
- 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.
- 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/as vivos/as, nacidos/as muertos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir este último embarazo.
- NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidos/as muertos/as (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante, no ha tenido hijas/os nacidos/as muertos/as, anote 0/0. Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidos/as vivos/as 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.
- LA (EL) HIJO/A ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hijo/a anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si está/a vivo o no. Si la (el) hijo/a anterior nació muerto/a marque la opción "muerto/a" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otros/as hijas/os".
- ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (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 vivos/as como a las (los) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha estén vivos/as o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada nacimiento.
- 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.
- ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/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.
- 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.
- 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.
- 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.
- EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
- FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.** Anote el día, mes, año y hora de ocurrencia del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato 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).
- 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.
- 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.
- 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).
- PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/as vivos/as 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 2 de 2.
- ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/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.
- 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 o otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo (Gineco-obstetra, Otro/a especialista, Residente, General, Médica/o Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médica/o Interno de Preado -MIP-). Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 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.
- 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.

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

- Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____
- Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____
- 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

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 LOS PARTICULARES
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O Y DEL NACIMIENTO

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

37. FIRMA

38. FECHA DE CERTIFICACIÓN

39. FECHA DE CERTIFICACIÓN

40. FECHA DE CERTIFICACIÓN

41. FECHA DE CERTIFICACIÓN

42. FECHA DE CERTIFICACIÓN

43. FECHA DE CERTIFICACIÓN

44. FECHA DE CERTIFICACIÓN

45. FECHA DE CERTIFICACIÓN

46. FECHA DE CERTIFICACIÓN

1. NOMBRE		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)							
2. LUGAR DE NACIMIENTO							
2.1 Municipio o Alcaldía				2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)			
3. FECHA DE NACIMIENTO		4. EDAD		5. CONDICIÓN INDÍGENA			
Día Mes Año		Años		5.1 ¿Se considera indígena? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐			
				5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ *Especifique:			
6. SITUACIÓN CONYUGAL							
Soltero ☐ En unión libre ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Se ignora ☐							
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO							
7.1 Tipo de vivienda		7.2 Nombre de la vivienda		7.3 Núm. Ext.		7.4 Núm. Int.	
7.5 Tipo de asentamiento humano		7.6 Nombre del asentamiento humano		7.7 Código Postal		7.8 Localidad	
7.9 Municipio o Alcaldía		7.10 Entidad federativa		7.11 Teléfono			
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		9. NÚMERO DE HIJOS (incluye el actual)		10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ		11. ORDEN DEL NACIMIENTO	
8.1 Nacidos/as Muertos/as		9.1 Nacidos/as Muertos/as		Vivo/a ☒ Muerto/a ☐ No ha tenido otros/as hijos/as ☐		(considere vivos/as, muertos/as, múltiples)	
8.2 Nacidos/as Vivos/as		9.2 Nacidos/as Vivos/as		10.1 Vive aún		Se ignora ☐	
8.3 Sobrevivientes		9.3 Sobrevivientes		10.2 Se ignora ☐			
12. ATENCIÓN PRENATAL							
12.1 ¿Recibió atención?		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta		12.3 Total de consultas recibidas			
SI ☐ No ☐ Se ignora ☐		Primero ☐ Segundo ☐ Tercero ☐ Se ignora ☐					
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O?							
SI ☐ No ☐ 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Seguro Popular ☐ ISSFAM ☐ Otr ☐ Se ignora ☐		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
15. ESCOLARIDAD							
Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico terminal con recertificación ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Técnico terminal con preparación ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		15.1 La escolaridad seleccionada es		15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo?		16. OCUPACIÓN HABITUAL	
		Completa ☐ Incompleta ☐		SI ☐ No ☐ Se ignora ☐		16.1 Trabaja actualmente	
						SI ☐ No ☐ Se ignora ☐	
17. EDAD DEL PADRE							
SI ☐ No ☐ Se ignora ☐							

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		19. SEXO		20. EDAD GESTACIONAL			
Día Mes Año Horas Minutos		Hombre ☐ Mujer ☐		Semanas			
21. TALLA		22. PESO AL NACER		23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS		24. TAMIZ AUDITIVO	
Centímetros		Gramos		23.1 APGAR (A los 5 minutos)		SI ☐ No ☐	
				23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos)			
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		25.1 BCG		25.2 Hepatitis B		25.3 Vitamina A	
SI ☐ No ☐ Se ignora ☐		SI ☐ No ☐ Se ignora ☐		SI ☐ No ☐ Se ignora ☐		25.4 Vitamina K	
						SI ☐ No ☐ Se ignora ☐	
26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO							
Único ☐ Gemelar ☐ Tri o más ☐		*Especifique:					
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/O							
a)		CÓDIGO CIE					
b)		Uso exclusivo del personal calificado					
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO							
Secretaría de Salud ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSFAM ☐ Otr ☐ Se ignora ☐		28.1 Nombre de la unidad médica		28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		28.3 Tipo de atención	
						Vía pública ☐ Hogar ☐	
						Otr lugar ☐ Se ignora ☐	
29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO							
Eutócico ☐ Distócico ☐ *Especifique:		¿Se usaron forceps? SI ☐ No ☐ Otr ☐					
		Cesárea ☐ Programada ☐ De urgencia ☐					
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO							
Médico/a ☐ Enfermero/a ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Parto/a ☐ Otr ☐ *Especifique:							
Especifique tipo de médico/a		Gineco-obstetra ☐ Otr ☐ Residente ☐ General ☐ MPSS ☐ MP ☐					
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO							
31.1 Tipo de vivienda		31.2 Nombre de la vivienda		31.3 Núm. Ext.		31.4 Núm. Int.	
31.5 Tipo de asentamiento humano		31.6 Nombre del asentamiento humano		31.7 Código Postal		31.8 Localidad	
31.9 Municipio o Alcaldía		31.10 Entidad federativa					

32. NOMBRE		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
33. CERTIFICADO POR							
Médico/a pediatra ☐ Médico/a Gineco-obstetra ☐ Parto/a ☐ Autoridad civil ☐ *Especifique:		Otr ☐ Enfermero/a ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐					
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD: Número de cédula profesional							
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA							
35.1 Nombre de la unidad médica		35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
36. DOMICILIO Y TELÉFONO							
36.1 Tipo de vivienda		36.2 Nombre de la vivienda		36.3 Núm. Ext.		36.4 Núm. Int.	
36.5 Tipo de asentamiento humano		36.6 Nombre del asentamiento humano		36.7 Código Postal		36.8 Localidad	
36.9 Municipio o Alcaldía		36.10 Entidad federativa		36.11 Teléfono			
37. FIRMA							
38. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
Día Mes Año							

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE O GESTANTE

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDA/O VIVA/O: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE O GESTANTE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN, RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL, Y ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o gestante-hijo/a.
- 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 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 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 puma de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los campos sean llenados utilizando el mismo método. No use abreviaturas.
- En caso del llenado a mano, escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras; para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiones deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
- 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 llenas 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/AA, completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2020) anote 06/05/2020).
- Para las preguntas con opciones que tengan * * * (asteriscos), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: tipo de vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Paseo, Boulevard), nombre de la vía (ej. 960) e interior si aplica (21, 2A, 05), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad habitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pulgar derecho de la madre o gestante; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo, en caso de fallecimiento, escribir "DECESO".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual 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) nacida/o viva/o.
- 4) LENGUA.** En 4.1 marque si la madre o gestante se considera o no indígena. En 4.2 indique si la madre o gestante habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo especifique la lengua.
- 5) RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre o gestante y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa" el nombre del país.
- 6) NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la madre o 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.
- 7) NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 7.1 el total de hijas/os nacidos/os muertos/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o gestante, no ha tenido hijas/os nacidos/os muertos/os, anote 0. En 7.2 el total de hijas/os nacidos/os vivos/os que ha tenido la madre o gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de éstos falleciera. En 7.3 anote cuántos de las (los) hijas/os registradas/os en 7.2 sobreviven, incluyendo a la (al) nacida/o viva/o que se está certificando.
- 8) LA (EL) HIJO/A ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple. Si la (el) hijo/a anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si estaba vivo o no. Si la (el) hijo/a anterior nació muerto/a marque la opción "muerto/a" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otras/os hijas/os".
- 9) ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacida/o viva/o que se certifica, considerándolo 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 la fecha estén vivos/os o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que correspondió a cada nacimiento.
- 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 O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/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.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
- 16) 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).
- 17) 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.
- 18) EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por ultrasonido, 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.
- 19) 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).
- 20) 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 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 2 de 2.
- 21) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O.** Si la (el) nacida/o viva/o 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 en gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente.
- 22) RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este caso, indicar si se usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- 23) PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo (Gineco-obstetra, Obst/a especialista, Residente, General, Médico/a Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médico/a Interno de Pregado -MPI-). Cuando aplique (opciones con * * *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 24) CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifique 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.
- 25) 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.

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



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

9999999999

1. NOMBRE															
Nombre (s)								Primer Apellido				Segundo Apellido			
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)															
2. LUGAR DE NACIMIENTO															
2.1 Municipio o Alcaldía										2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)					
3. FECHA DE NACIMIENTO				4. EDAD		5. CONDICIÓN INDÍGENA									
Día Mes Año				Años		5.1 ¿Se considera indígena? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐				5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ *Especifique:					
6. SITUACIÓN CONYUGAL															
Soltero ☐ En unión libre ☐ Casado ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Se ignora ☐															
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO															
7.1 Tipo de vivienda				7.2 Nombre de la vivienda				7.3 Núm. Ext.		7.4 Núm. Int.		7.5 Tipo de asentamiento humano			
7.6 Nombre del asentamiento humano								7.7 Código Postal				7.8 Localidad			
7.9 Municipio o Alcaldía								7.10 Entidad federativa				7.11 Teléfono			
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)				9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual)				10. LA (EL) HUAJO ANTERIOR NACIÓ				11. ORDEN DEL NACIMIENTO			
Se ignora ☐				9.1 Nacidas/os Muertas/os ☐ Se ignora ☐ 9.2 Nacidas/os Vivas/os ☐ Se ignora ☐ 9.3 Sobrevivientes ☐ Se ignora ☐				Vivo/a ☐ Muerto/a ☐ No ha tenido otros hijos/os ☐ 10.1 Vive aún SI ☐ No ☐ Se ignora ☐				considera vivas/os muertas/os, múltiples ☐ Se ignora ☐			
12. ATENCIÓN PRENATAL				12.1 ¿Recibió atención? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐				12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero ☐ Segundo ☐ Tercero ☐ Se ignora ☐				12.3 Total de consultas recibidas Se ignora ☐			
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/A?															
SI ☐ No ☐ 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción															
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD															
Ninguna ☐ IMSS ☐		ISSSTE ☐ PEMEX ☐		SEDENA ☐ SEMAR ☐		Seguro Popular ☐ ISSFAM ☐		Otra ☐		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
15. ESCOLARIDAD															
Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐				Técnico terminal con secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Técnico terminal con preparatoria ☐				15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐				15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐			
16. OCUPACIÓN HABITUAL															
16.1 Trabajo actual/ Se ignora ☐															
17. EDAD DEL PADRE															
SI ☐ No ☐ Se ignora ☐															
18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO															
Día Mes Año Horas Minutos								19. SEXO Hombre ☐ Mujer ☐				20. EDAD GESTACIONAL Semanas			
21. TALLA				22. PESO AL NACER				23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS				24. TAMIZ AUDITIVO			
Centímetros				Gramos				23.1 APGAR (A los 5 minutos) 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos)				SI ☐ No ☐			
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS				25.1 BCG SI ☐ No ☐				25.2 Hepatitis B SI ☐ No ☐				25.3 Vitamina A SI ☐ No ☐			
								25.4 Vitamina K SI ☐ No ☐				25.5 PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único ☐ Gemelar ☐ Tres o más ☐ *Especifique:			
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO/A															
a) CODIGO CIE b) Uso exclusivo del personal cualificado															
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO															
Secretaría de Salud ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐								28.1 Nombre de la unidad médica				Via pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☐			
IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐								28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				*Especifique:			
28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO								28.4 RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO							
Horas Minutos								Eutócico ☐ Distócico ☐ ¿Se usaron forceps? SI ☐ No ☐ Otro ☐ Programada ☐ De urgencia ☐							
30. PERSONA QUE ATIENDIÓ EL PARTO															
Médico ☐ Enfermero ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Partera/o ☐ Otro/a ☐ *Especifique:															
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO															
31.1 Tipo de vivienda				31.2 Nombre de la vivienda				31.3 Núm. Ext.		31.4 Núm. Int.		31.5 Tipo de asentamiento humano			
31.6 Nombre del asentamiento humano								31.7 Código Postal				31.8 Localidad			
31.9 Municipio o Alcaldía								31.10 Entidad federativa							
32. NOMBRE															
Nombre (s)								Primer Apellido				Segundo Apellido			
33. CERTIFICADO POR															
Médico/a pediatra ☐ Médico/a Gineco-obstetra ☐ Parto/a ☐ Autoridad civil ☐ *Especifique				Otro/a médico/a ☐ Enfermera/o ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐											
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional															
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA															
35.1 Nombre de la unidad médica 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)															
36. DOMICILIO Y TELÉFONO															
36.1 Tipo de vivienda				36.2 Nombre de la vivienda				36.3 Núm. Ext.		36.4 Núm. Int.		36.5 Tipo de asentamiento humano			
36.6 Nombre del asentamiento humano								36.7 Código Postal				36.8 Localidad			
36.9 Municipio o Alcaldía								36.10 Entidad federativa							
36.11 Teléfono															
37. FIRMA															
38. FECHA DE CERTIFICACIÓN															
Día Mes Año															
HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE															
FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE															
SELLO OFICIAL DE LA ENTIDAD FEDERATIVA															

COPIA PARA CAPTURA DE DATOS

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 8VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



* 9 9 9 9 9 9 *

DATOS DE LA IDEL CERTIFICANTE

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

FIRMA DE LA MADRE O CESTANTE

SELO 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, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN, RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o gestante-hijo/a.
- 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 (a) 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.
- Liene un Certificado de Nacimiento por cada nacida/o viva/o, elabore tantos certificados como nacidos/os vivos/os resulten del nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega **no debe ser condicionada** bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o 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 llenas 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/AA), completando con cero 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 (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vía (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 Alcaldía y Entidad Federativa. (Véase anexo "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.
- 4) 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 este 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 0.0. Escriba 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 cuántos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (a) nacida/o viva/o que se está certificando.
- 10) LA (EL) HUA/O ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hua/o anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si está vivo o no. Si la (el) hua/o anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otras/os hijas/os".
- 11) ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacida/o viva/o que se certifica, considerándolo/a como la (el) último/a del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o 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 correspondió 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 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 interrumplieron 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 trabaje en 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 (01:00:05)).
- 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 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.
- 21) 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: (2,350) gramos).
- 22) PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/os vivos/os o muertos/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento por cada nacida/o viva/o, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupó la (el) nacida/o en este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- 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 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 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: 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.** Marcar 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 CLAVE 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

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

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO		MODELO 2020 FOLIO 00013E00000026
DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	1. NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:	2.1 Municipio o Alcaldía 2.2 Entidad federativa (País si es extranjera):
	3. FECHA DE NACIMIENTO: 4. EDAD:	5. CONDICIÓN INDÍGENA: 5.1 ¿Se considera indígena? 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?
	6. SITUACIÓN CONYUGAL:	7.1 Tipo de vivienda: 7.2 Nombre de la vivienda: 7.3 Tipo de asentamiento humano: 7.4 Nombre del asentamiento humano: 7.5 Localidad: 7.6 Municipio o Alcaldía: 7.7 Teléfono:
	8. NÚM. DE EMBARAZOS (incluye el actual):	9.1 Nacidos/los muertos/los: 9.2 Nacidos/los vivos/los: 9.3 Sobrevivientes:
	10. LA (DEL) HERMANO ANTERIOR NACÍO:	11. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos/los, muertos/los y múltiples):
	12.1 ¿Recibió atención?	12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: 12.3 Total de consultas recibidas:
	13.1 ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacido/a vivo/a?	13.2 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: 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo?
	16. OCUPACIÓN HABITUAL:	16.1 Trabaja actualmente: 17. EDAD DEL PADRE:
DATOS DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A Y DEL NACIMIENTO	18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Fecha: Hora:	19. SEXO: 20. EDAD GESTACIONAL (semana): 21. TALLA (cm): 22. PESO AL NACER (grm): 23.1 Apgar: 23.2 Silverman: 24. TÁMPZ AUDITIVO:
	25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO:	25.1 BCG: 25.2 HEPATITIS B: 25.3 VITAMINA A: 25.4 VITAMINA K: Especifique: _____ de _____
	27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A: a) b)	
	28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: 28.1 Nombre de la unidad: 28.2 CLUES:	28.3 Tiempo de traslado desde su hogar hasta el sitio de atención del parto: hrs. min.
	29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO 29.1 Si la resolución fue Otro, Especifique:	29.1 Tipo de procedimiento: 29.2 ¿Se usaron fórceps?
	30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:	
	31. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda: 31.2 Nombre de la vivienda: 31.3 Tipo de asentamiento humano: 31.4 Nombre del asentamiento humano: 31.5 Localidad: 31.6 Municipio o Alcaldía: 31.7 Teléfono:	31.1 Tipo de vivienda: 31.2 Nombre de la vivienda: 31.3 Tipo de asentamiento humano: 31.4 Nombre del asentamiento humano: 31.5 Localidad: 31.6 Municipio o Alcaldía: 31.7 Teléfono:
	32. NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:	33. CERTIFICADO POR: Especifique:
	34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL:	35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONA EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA: 35.1 Nombre de la unidad médica: 35.2 CLUES:
	36. DOMICILIO Y TELÉFONO 36.1 Tipo de vivienda: 36.2 Nombre de la vivienda: 36.3 Tipo de asentamiento humano: 36.4 Nombre del asentamiento humano: 36.5 Localidad: 36.6 Municipio o Alcaldía: 36.7 Teléfono:	36.1 Tipo de vivienda: 36.2 Nombre de la vivienda: 36.3 Tipo de asentamiento humano: 36.4 Nombre del asentamiento humano: 36.5 Localidad: 36.6 Municipio o Alcaldía: 36.7 Teléfono:
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN:		
 HUELLA NO DIGITALIZADA  CÓDIGO QR  FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE  FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE		ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO. SE DEBE ASIGNAR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO DEL NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMERA ACTA DE NACIMIENTO SIN DIGITALIZAR. LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMERA ACTA DE NACIMIENTO SIN DIGITALIZAR SON LOS DATOS QUE SE DEBE REGISTRAR EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMERA ACTA DE NACIMIENTO SIN DIGITALIZAR. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICIPANTES. LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICIPANTES.

FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA DE LA (DEL) CERTIFICANTE

CADENA ORIGINAL

SELLO ELECTRÓNICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

SELLO ELECTRÓNICO DE LA UNIDAD MÉDICA

ENTREGAR A LA MADRE O GESTANTE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL. LA PLENA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA IMPLEMENTADO PARA TAL FIN POR LA SECRETARÍA DE SALUD.