



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2025
FOLIO

999999999

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, 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 Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL 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 PERSONA GESTANTE

1. NOMBRE
Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____

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

3. FECHA DE NACIMIENTO
Día _____ Mes _____ Año _____

4. EDAD
Años _____

5. CONDICIÓN DE POBLACIÓN
5.1 ¿Se considera indígena? Sí No Se ignora
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Sí No Se ignora Especifique: _____
5.3 ¿Se considera afromexicana? Sí No Se ignora
5.4 ¿Se considera migrante? Sí No Se ignora

6. SITUACIÓN CONYUGAL
Soltera 12 En unión libre 15 Casada 11 Separada 16 Divorciada 13 Viuda 14 Se ignora 99

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
7.1 Tipo de vialidad _____ 7.2 Nombre de la vialidad _____ 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) _____ Se ignora 99

9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual)
9.1 Nacidas/os Muertas/os o abortos _____ Se ignora 99
9.2 Nacidas/os Vivas/os _____ Se ignora 99
9.3 Sobrevivientes _____ Se ignora 99

10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ
Viva/o 01 Muerta/o 02 No ha tenido otras/os hijas/os 03
10.1 Vive aún Sí 01 No 02 Se ignora 09

11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, abortos, múltiples) _____ Se ignora 99

12. ATENCIÓN PRENATAL
12.1 ¿Recibió atención prenatal? Sí 01 No 02 Se ignora 09
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero 01 Tercero 03 Segundo 02 Se ignora 09
12.3 Total de consultas recibidas _____ Se ignora 99

13. ¿VIVE LA MADRE O PERSONA GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Sí 01 No 02
13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Programa IMSS Bienestar 10 Servicios de Salud IMSS BIENESTAR 12 Otra 08
IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 ISSFAM 11 Se ignora 99
14.1 Número de seguridad social o afiliación _____

15. ESCOLARIDAD
Ninguna 01 Técnico terminal con secundaria 11 Profesional 08
Primaria 03 Bachillerato o preparatoria 07 Posgrado 10 Completa 01 Sí 01 No 02
Secundaria 05 Técnico terminal con preparatoria 13 Se ignora 99 Incompleta 02 Se ignora 09

15.1 La escolaridad seleccionada es _____
15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Sí 01 No 02 Se ignora 09

16. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora 99

16.1 ¿Trabaja actualmente? Sí 01 No 02 Se ignora 09

17. EDAD DEL PADRE DE LA (DEL) RECIEN NACIDA/O _____ Años _____ Se ignora 999

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

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

19. SEXO DE LA (DEL) RECIEN NACIDA/O
Hombre 01 Mujer 02 Indeterminado 03

20. EDAD GESTACIONAL _____ Semanas _____

21. TALLA _____ Centímetros _____

22. PERÍMETRO CEFÁLICO _____ Centímetros _____

23. PESO AL NACER _____ Gramos _____

24. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS
24.1 APGAR (A los 5 minutos) _____ 24.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) _____

25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO *Especifique: _____
Único 01 Gemelar* 02 Tres o más* 03 de _____

26. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
26.1 BCG Sí 01 No 02
26.2 Hepatitis B Sí 01 No 02
26.3 Vitamina A Sí 01 No 02
26.4 Vitamina K Sí 01 No 02

27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O
a) _____
b) _____

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

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

30. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
Eutócico 01 Distócico 02 → 30.1 ¿Se usaron fórceps? Sí 01 No 02 Otro* 03 *Especifique: _____
Cesárea 03 → 30.2 Tipo de Cesárea Programada 01 De urgencia 02

31. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
Médica/o 01 Enfermera/o 02 Partera/o 04 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 03 Otro/o* 08
31.1 Especifique tipo de Médica/o: Gineco-obstetra 11 General 14 Residente 13 MPSS 15
MIP 16 Otro/o especialista* 12 *Especifique: _____
31.2 Especifique tipo de Enfermera/o: General 21 Obstétrica/o 22 Perinatal 23
31.3 Especifique tipo de Partera/o: Tradicional 41 Profesional 42 *Especifique: _____

32. NOMBRE DE QUIÉN ATENDIÓ EL PARTO
Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

33. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
33.1 Tipo de vialidad _____ 33.2 Nombre de la vialidad _____ 33.3 Núm. Ext. _____ 33.4 Núm. Int. _____ 33.5 Tipo de asentamiento humano _____
33.6 Nombre del asentamiento humano _____ 33.7 Código Postal _____ 33.8 Localidad _____
33.9 Municipio o Alcaldía _____ 33.10 Entidad federativa _____

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

34. NOMBRE DEL CERTIFICANTE
Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

35. CERTIFICADO POR
Médica/o pediatra 01 Médica/o Gineco-obstetra 07 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 04 Otro/o médica/o* 02
Enfermera/o 03 Partera/o 05 Autoridad civil* 06
35.1 Especifique tipo de Enfermera/o: General 31 Obstétrica/o 32 Perinatal 33
35.2 Especifique tipo de Partera/o: Tradicional 51 Profesional 52 *Especifique: _____

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

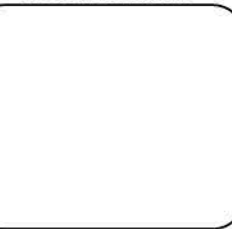
37. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
37.1 Nombre de la unidad médica _____ 37.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____

38. DOMICILIO Y TELÉFONO
38.1 Tipo de vialidad _____ 38.2 Nombre de la vialidad _____ 38.3 Núm. Ext. _____ 38.4 Núm. Int. _____
38.5 Tipo de asentamiento humano _____ 38.6 Nombre del asentamiento humano _____ 38.7 Código Postal _____
38.8 Localidad _____ 38.9 Municipio o Alcaldía _____
38.10 Entidad federativa _____ 38.11 Teléfono _____

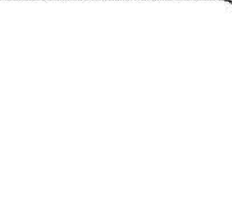
39. FIRMA CERTIFICANTE _____

40. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Día _____ Mes _____ Año _____

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE



SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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



999999999