



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2025
FOLIO

9999999999

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)
3. FECHA DE NACIMIENTO (Día, Mes, Año)
4. EDAD (Años)
5. CONDICIÓN DE POBLACIÓN (5.1 ¿Se considera indígena?, 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?, 5.3 ¿Se considera afromexicana?, 5.4 ¿Se considera migrante?)
6. SITUACIÓN CONYUGAL (Soltera, En unión libre, Casada, Separada, Divorciada, Viuda, Se ignora)
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) (8.1 Nacidas/os Muertas/os o abortos, 8.2 Nacidas/os Vivas/os, 8.3 Sobrevivientes)
9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) (9.1 Nacidas/os Muertas/os o abortos, 9.2 Nacidas/os Vivas/os, 9.3 Sobrevivientes)
10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ (10.1 Vive aún)
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, abortos, múltiples)
12. ATENCIÓN PRENATAL (12.1 ¿Recibió atención prenatal?, 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta, 12.3 Total de consultas recibidas)
13. ¿VIVE LA MADRE O PERSONA GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? (13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción)
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD (Ninguna, ISSSTE, SEDENA, Programa IMSS Bienestar, Servicios de Salud IMSS BIENESTAR, Otra, IMSS, PEMEX, SEMAR, ISSFAM, Se ignora)
15. ESCOLARIDAD (Ninguna, Técnico terminal con secundaria, Profesional, Primaria, Bachillerato o preparatoria, Posgrado, Completa, Incompleta, Secundaria, Técnico terminal con preparatoria, Se ignora)
15.1 La escolaridad seleccionada es (15.1 La escolaridad seleccionada es, 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo?)
16. OCUPACIÓN HABITUAL (16.1 ¿Trabaja actualmente?)
17. EDAD DEL PADRE DE LA (DEL) RECIEN NACIDA/O (Años)

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, Mujer, Indeterminado)
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 (Único, Gemelar, Tres o más)
26. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS (26.1 BCG, 26.2 Hepatitis B, 26.3 Vitamina A, 26.4 Vitamina K)
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, ISSSTE, SEDENA, Programa IMSS Bienestar, Otra unidad pública, IMSS, PEMEX, SEMAR, Servicios de Salud IMSS BIENESTAR, Unidad médica privada)
28.1 Nombre de la unidad médica
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
29. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO (Horas, Minutos)
30. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO (Eutócico, Distócico, Cesárea)
30.1 ¿Se usaron fórceps?, 30.2 Tipo de Cesárea (Programada, De urgencia)
31. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO (Médica/o, Enfermera/o, Partera/o, Persona autorizada por la Secretaría de Salud, Otro/a)
31.1 Especifique tipo de Médica/o (Gineco-obstetra, General, Residente, MPSS)
31.2 Especifique tipo de Enfermera/o (General, Obstétrica/o, Perinatal)
31.3 Especifique tipo de Partera/o (Tradicional, Profesional)
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, Médica/o Gineco-obstetra, Partera/o, Persona autorizada por la Secretaría de Salud, Otro/a médica/o, Enfermera/o, Autoridad civil)
35.1 Especifique tipo de Enfermera/o (General, Obstétrica/o, Perinatal)
35.2 Especifique tipo de Partera/o (Tradicional, Profesional)
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



9999999999

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