

SECRETARÍA DE SALUD

ACUERDO por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento.

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, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Salud; 3, 7 y 10, de la Ley de Firma Electrónica Avanzada; 90 Bis 1, 90 Bis 2 y 90 Bis 3, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 6 y 7, fracciones XVIII y XXVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la Meta Nacional "México Incluyente", prevé como Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, el cual contempla como Estrategia 2.3.1., Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, para lo cual se consideran entre otras líneas de acción, las relativas a desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran dicho Sistema, fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta.

Que el Enfoque Transversal de la Meta Nacional antes mencionada, prevé en su Estrategia II. Gobierno Cercano y Moderno, entre otras, las líneas de acción referentes a desarrollar políticas públicas con base en evidencia y cuya planeación utilice los mejores, insumos de información y evaluación, diseñar e integrar sistemas funcionales, escalables e interconectados, para hacer más eficientes las transacciones de los organismos públicos de seguridad social e identificar y corregir riesgos operativos críticos con un soporte tecnológico adecuado;

Que el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, contempla dentro de su Objetivo 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, la Estrategia 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud, la cual prevé, entre otras, las líneas de acción, 6.4.3. Fomentar la adopción y uso de sistemas de información de registro electrónico para la salud, 6.4.5. Implementar mecanismos para incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud, 6.4.7. Fortalecer los mecanismos específicos para integrar, usar y explotar la información para la toma de decisiones y 6.4.10. Avanzar en las herramientas que permitan la portabilidad y convergencia de la información básica en materia de salud;

Que el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, considera dentro de su Objetivo 5. Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento, la Estrategia 5.2. Contribuir a la convergencia de los sistemas y a la portabilidad de coberturas en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud mediante la utilización de Tecnologías de la Información y de la Comunicación, prevé la línea de acción 5.2.4. Implementar el Certificado Electrónico de Nacimiento, la Cartilla Electrónica de Vacunación y el Expediente Clínico Electrónico, e integrar información biométrica de pacientes;

Que en términos del artículo 39, fracción VI, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la Secretaría de Salud le corresponde planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud;

Que de conformidad con los artículos 5o. y 7o., de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, cuya coordinación está a cargo de la Secretaría de Salud;

Que en términos de lo dispuesto por la fracción I Bis, del artículo 389, de la Ley General de Salud, para fines sanitarios se extenderán los certificados de nacimiento;

Que el artículo 90 Bis 1, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, dispone 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, y

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. Asimismo, el punto 11.13, del citado ordenamiento, señala que la integración de la información del Certificado de Nacimiento en su versión impresa y/o electrónica se realiza en el Subsistema de Información sobre Nacimientos; he tenido a bien expedir el siguiente:

**ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS MODELOS QUE SE UTILIZARÁN COMO
FORMATOS PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO**

Artículo Primero. El presente Acuerdo tiene por objeto dar a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, establecidos en los Anexos 1 y 2 del presente instrumento.

Artículo Segundo. El nacimiento de todo nacido vivo ocurrido en territorio nacional se hará constar en el formato del certificado de nacimiento establecido en el presente Acuerdo, ya sea en su versión impresa o en su versión electrónica.

Dichos certificados tendrán plena validez cuando sean emitidos con sujeción a lo dispuesto por este Acuerdo y las demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo Tercero. La versión electrónica del certificado de nacimiento o certificado electrónico de nacimiento, se sujetará a lo siguiente:

- I. Se expedirá a través de un sistema electrónico único y exclusivo que formará parte del Subsistema de Información sobre Nacimientos del Sistema Nacional de Información en Salud, el cual será establecido y administrado por la Dirección General de Información en Salud, conforme al procedimiento que para tal efecto dé a conocer, mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación;
- II. El certificado electrónico de nacimiento podrá tener una representación impresa, la cual deberá cumplir con las disposiciones aplicables de la Norma Oficial Mexicana vigente en la materia.

Esta representación incluye dos versiones, una de las cuales debe ser entregada a la madre del nacido vivo, o a quien corresponda a falta de aquélla, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, con la indicación de que dicha versión se entregue en el Registro Civil al momento de obtener el Acta de Nacimiento correspondiente, mientras que la otra se conservará en el establecimiento de atención médica que expidió el certificado, para los efectos conducentes, y
- III. La representación impresa del certificado electrónico de nacimiento, surtirá plenos efectos cuando su contenido sea validado conforme al procedimiento a que se refiere la fracción I del presente Artículo.

Artículo Cuarto. La Dirección General de Información en Salud será responsable de establecer, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, las especificaciones que deberán observarse para el uso de sellos digitales en la expedición del certificado electrónico de nacimiento.

Artículo Quinto. Los profesionales de la salud o las personas autorizadas por los gobiernos de las entidades federativas para expedir certificados electrónicos de nacimiento deberán hacer uso de la firma electrónica avanzada de conformidad con las disposiciones aplicables.

La Dirección General de Información en Salud promoverá que en los establecimientos para la atención médica se realicen las gestiones correspondientes a efecto de incluir el uso de la firma electrónica avanzada en la expedición de certificados electrónicos de nacimiento.

Artículo Sexto. La Dirección General de Información en Salud promoverá que los profesionales de la salud o las personas facultadas por los gobiernos de las entidades federativas estén capacitados para el correcto llenado del certificado de nacimiento.

TRANSITORIOS

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

Segundo. Los formatos de certificados de nacimiento distribuidos por la Secretaría de Salud, con anterioridad a la entrada en vigor del presente Acuerdo podrán seguirse utilizando hasta agotar su existencia.

Tercero. La Secretaría de Salud por conducto de la Dirección General de Información en Salud, emitirá el procedimiento a que se refiere el Artículo Tercero del presente Acuerdo, el cual será publicado en el Diario Oficial de la Federación dentro de los sesenta días posteriores a la entrada en vigor del presente Acuerdo.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los diecinueve días del mes de agosto de dos mil catorce.- La Secretaría de Salud, **María de las Mercedes Martha Juan López**.- Rúbrica.

ANEXO 1
VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO
Modelo 2010
FOLIO 000000000
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO
1. NOMBRE
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)
2. LUGAR DE NACIMIENTO
3. FECHA DE NACIMIENTO
4. ESTADO CONYUGAL
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS)
8. NÚMERO DE HIJOS (AS)
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ
10. ORDEN DEL NACIMIENTO
11. ATENCIÓN PRENATAL
12. ¿VIVE LA MADRE?
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
14. ESCOLARIDAD
15. OCUPACIÓN HABITUAL
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
17. SEXO
18. EDAD GESTACIONAL
19. TALLA
20. PESO AL NACER
21.1 APGAR (a los cinco minutos)
21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
23. TAMIZ NEONATAL
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
30. NOMBRE
31. CERTIFICADO POR
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?
34. DOMICILIO Y TELÉFONO
35. FIRMA
36. FECHA DE CERTIFICACIÓN
HUUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO
HUUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE
FIRMA DE LA MADRE
SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ
ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL 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:

- Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, ver excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.
- Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.
- Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.
- La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.
- Para las instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, elabore tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.
- Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.
- Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de 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 de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.
- 2) **LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".
- 5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELEFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se la pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre 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, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.
- 7) **NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS).** Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "00" (ceros). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
- 8) **NÚMERO DE HIJOS (AS).** Anote en 8.1 el total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo el nacimiento actual. En 8.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo este nacimiento.
- 9) **EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ.** Si este es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) anterior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.
- 10) **ORDEN DE NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponde a cada producto.
- 11) **ATENCIÓN PRENATAL.** 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 12) **¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.
- 13) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.
- 14) **ESCOLARIDAD.** Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobado. Si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márkuelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".
- 15) **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 15.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o 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 o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.
- 16) **FECHA Y HORA DE NACIMIENTO.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: 0,0,0,0,0,0.
- 17) **SEXO.** Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) afeción (es) en la variable 25.
- 18) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.
- 20) **PESO AL NACER.** Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos; 2,3,5,0. Gramos.
- 21.1) **APGAR.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.
- 21.2) **SILVERMAN.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero.
- 22) **APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO.** Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.
- 23) **TAMIZ NEONATAL.** Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.
- 24) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).
- 25) **ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, así como afeciones originadas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente".
- 26) **PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO.** Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especificar en el espacio contiguo.
- 33) **SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?.** En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS:

- 1) Núm. de pregunta ____ Corrección _____
- 2) Núm. de pregunta ____ Corrección _____
- 3) Núm. de pregunta ____ Corrección _____

Sello oficial de la Institución



Firma

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2010
FOLIO
00000000

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PROXIMOS 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.

1. NOMBRE		
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		
2. LUGAR DE NACIMIENTO		
2.1 Municipio o delegación _____		2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) _____
3. FECHA DE NACIMIENTO		
Día _____ Mes _____ Año _____		
4. ESTADO CONYUGAL		
En unión libre <input type="radio"/> 15 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input type="radio"/> 12 Casada <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		
5.1 Calle y número _____		5.2 Colonia _____
5.3 Localidad _____		5.4 Municipio o delegación _____
5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		5.6 Teléfono _____
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		
Se ignora <input type="radio"/> 99		
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS)		
Se ignora <input type="radio"/> 99		
8. NÚMERO DE HIJOS (AS)		
8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		
8.2 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ		
Vivo (a) <input type="radio"/> 1 Muerto (a) <input type="radio"/> 2		
9.1 Vive aún <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior _____		
9.3 No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples)		
Se ignora <input type="radio"/> 99		
11. ATENCIÓN PRENATAL		
11.1 ¿Recibió atención? <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <input type="radio"/> 1 Primero <input type="radio"/> 2 Segundo <input type="radio"/> 3 Tercero <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 99		
11.3 Total de consultas recibidas _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		
12. ¿VIVE LA MADRE?		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
13.1 Número de seguridad social o afiliación _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		
14. ESCOLARIDAD		
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		
Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10		
15. OCUPACIÓN HABITUAL		
Se ignora <input type="radio"/> 99		
15.1 Trabaja actualmente <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		
Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		
17. SEXO		
Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		
18. EDAD GESTACIONAL		
_____ Semanas		
19. TALLA		
_____ Centímetros		
20. PESO AL NACER		
_____ Gramos		
21. APGAR (a los cinco minutos)		

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		
22.1 BCG <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
22.2 Hepatitis B <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
22.3 (A) <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
22.4 (K) <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
23. TAMIZ NEONATAL		
23.1 Metabólico <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
23.2 Auditivo <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO		
Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3		
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO		
CLAVE CIE _____		
a) _____		
b) _____		
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO		
Parto normal <input type="radio"/> 1 Cesárea <input type="radio"/> 2 Fórceps <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique _____		
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Oportunidades <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		
IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10		
27.1 Nombre de la unidad médica _____		
27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
27.3 Otro lugar <input type="radio"/> 13		
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO		
Médico <input type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique _____		
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO		
29.1 Calle y número _____		29.2 Colonia _____
29.3 Localidad _____		29.4 Municipio o delegación _____
29.5 Entidad federativa _____		
30. NOMBRE		
Nombre (s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
31. CERTIFICADO POR		
Médico pediatra <input type="radio"/> 1 Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico <input type="radio"/> 2 Enfermera <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Partera <input type="radio"/> 5 Autoridad civil <input type="radio"/> 6 Especifique _____		
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Número de cédula profesional _____		
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?		
33.1 Nombre de la unidad médica _____		
33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
34. DOMICILIO Y TELÉFONO		
34.1 Calle y número _____		34.2 Colonia _____
34.3 Localidad _____		34.4 Municipio o delegación _____
34.5 Entidad federativa _____		34.6 Teléfono _____
35. FIRMA		

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Día _____ Mes _____ Año _____		
HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO		
HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE		
FIRMA DE LA MADRE		
SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA		

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 ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, ver excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.
- Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.
- Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.
- La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.
- Para las instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, elabore tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.
- Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.
- Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de 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 de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.
- 2) **LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".
- 5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se la pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre 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, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.
- 7) **NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS).** Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "00" (ceros). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
- 8) **NÚMERO DE HIJOS (AS).** Anote en 8.1 el total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo el nacimiento actual. En 8.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo este nacimiento.
- 9) **EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ.** Si este es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) anterior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.
- 10) **ORDEN DE NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponda a cada producto.
- 11) **ATENCIÓN PRENATAL.** 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 12) **¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.
- 13) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.
- 14) **ESCOLARIDAD.** Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobado. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".
- 15) **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 15.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo o 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 o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.
- 16) **FECHA Y HORA DE NACIMIENTO.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: 0 0 0 0 .
- 17) **SEXO.** Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) afección (es) en la variable 25.
- 18) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.
- 20) **PESO AL NACER.** Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos: 2 3 5 0 Gramos.
- 21.1) **APGAR.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.
- 21.2) **SILVERMAN.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero.
- 22) **APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO.** Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.
- 23) **TAMIZ NEONATAL.** Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.
- 24) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).
- 25) **ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, así como afecciones originadas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna anomalía".
- 26) **PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO.** Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especificar en el espacio contiguo.
- 33) **SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?.** En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS:

- 1) Núm. de pregunta ____ Corrección _____
- 2) Núm. de pregunta ____ Corrección _____
- 3) Núm. de pregunta ____ Corrección _____

Sello oficial de la Institución

Firma



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

Modelo 2010
FOLIO
00000000

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PROXIMOS 90 DIAS. 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. ESTADO CONYUGAL
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
6. NÚMERO DE EMBARAZOS
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS)
8. NÚMERO DE HIJOS (AS)
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ
10. ORDEN DEL NACIMIENTO
11. ATENCIÓN PRENATAL
12. ¿VIVE LA MADRE?
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
14. ESCOLARIDAD
15. OCUPACIÓN HABITUAL

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
17. SEXO
18. EDAD GESTACIONAL
19. TALLA
20. PESO AL NACER
21. APGAR (a los cinco minutos)
21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
23. TAMIZ NEONATAL
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE
30. NOMBRE
31. CERTIFICADO POR
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?
34. DOMICILIO Y TELÉFONO
35. FIRMA
36. FECHA DE CERTIFICACIÓN

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO
HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE
FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA

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:

- Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, ver excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.
- Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.
- Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.
- La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.
- Para las Instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, elabore tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.
- Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.
- Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de 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 de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.
- 2) **LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".
- 5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre 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, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.
- 7) **NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS).** Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "00" (ceros). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
- 8) **NÚMERO DE HIJOS (AS).** Anote en 8.1 el total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo el nacimiento actual. En 8.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo este nacimiento.
- 9) **EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ.** Si este es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) anterior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.
- 10) **ORDEN DE NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponda a cada producto.
- 11) **ATENCIÓN PRENATAL.** 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 12) **¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.
- 13) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.
- 14) **ESCOLARIDAD.** Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobado. Si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".
- 15) **OCCUPACIÓN.** Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 15.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo o 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 o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.
- 16) **FECHA Y HORA DE NACIMIENTO.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: 0 0 0 0 .
- 17) **SEXO.** Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) aflicción (es) en la variable 25.
- 18) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.
- 20) **PESO AL NACER.** Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos; 2 3 5 0 Gramos.
- 21.1) **APGAR.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.
- 21.2) **SILVERMAN.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero.
- 22) **APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO.** Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.
- 23) **TAMIZ NEONATAL.** Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.
- 24) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).
- 25) **ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, así como afecciones originadas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente".
- 26) **PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO.** Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especificar en el espacio contiguo.
- 33) **SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?.** En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS:

- 1) Núm. de pregunta ____ Corrección _____
- _____
- 2) Núm. de pregunta ____ Corrección _____
- _____
- 3) Núm. de pregunta ____ Corrección _____
- _____

Sello oficial de la institución



Firma _____

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

		SECRETARÍA DE SALUD REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO		MODELO 2010 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):		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:	
	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. ESTADO CONYUGAL:			
	5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 5.1 CALLE Y NÚMERO:		5.2 COLONIA:			
	5.3 LOCALIDAD:		5.4 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:		5.6 TELÉFONO:	
	5.5 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si reside en el extranjero):					
	6. NO. DE EMBARAZOS (incluye el actual):		7. NO. DE HIJOS(AS) NACIDOS(AS) MUERTOS(AS):			
	8. NO. DE HIJOS(AS) 8.1 NACIDOS(AS) VIVOS(AS) (incluye el actual):		8.2 SOBREVIVIENTES:			
	9. EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ:		9.1 VIVE AÚN:			
DATOS NACIDO VIVO Y NACIMIENTO	9.2 FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO(A) DEL EMBARAZO ANTERIOR:		10. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples):			
	11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 RECIBIÓ ATENCIÓN?:		11.2 TRIMESTRE DE PRIMERA CONSULTA:		11.3 TOTAL DE CONSULTAS RECIBIDAS:	
	12. VIVE LA MADRE:		12.1 EN CASO NEGATIVO, ESCRIBA EL FOLIO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:			
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:		13.1 NO. DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN:			
	14. ESCOLARIDAD:		15. OCUPACIÓN HABITUAL:		15.1 TRABAJA ACTUALMENTE:	
	16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO FECHA:		HORA:		17. SEXO:	
	18. EDAD GESTACIONAL:		19. TALLA:		20. PESO AL NACER:	
	21.1 APGAR:		21.2 SILVERMAN:			
	22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG:		22.2 HEPATITIS B:		22.3 VITAMINA A:	
	22.4 VITAMINA K:		23.1 METABÓLICO:		23.2 AUDITIVO:	
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO:						
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO:						
a)						
b)						
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO:						
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO:						
27.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:						
27.2 CLUES:						
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:						
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO		29.1 CALLE Y NÚMERO:		29.2 LOCALIDAD:		
29.3 COLONIA:		29.4 ENTIDAD FEDERATIVA:		29.5 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:		
DATOS CERTIFICANTE	30. NOMBRE(S):		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:	
	31. CERTIFICADO POR:		ESPECIFIQUE:			
	32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL:					
	33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?					
	33.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:				33.2 CLUES:	
	34. DOMICILIO Y TELÉFONO 34.1 CALLE Y NÚMERO:		34.2 LOCALIDAD:		34.3 ENTIDAD FEDERATIVA:	
	34.4 COLONIA:		34.5 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:		34.6 TELÉFONO:	
	34.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:		34.8 ENTIDAD FEDERATIVA:		34.9 TELÉFONO:	
34.8 ENTIDAD FEDERATIVA:		34.9 TELÉFONO:		36. FECHA DE CERTIFICACIÓN:		
HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		HUELLA DACTILAR DE LA MADRE <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 60%;"></div> HUELLA NO DIGITALIZADA		CÓDIGO QR <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 60%;"></div>		
FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA DEL CERTIFICANTE CADENA ORIGINAL SELLO ELECTRÓNICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y UNIDAD MÉDICA		FIRMA DE LA MADRE				
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 PLENA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA IMPLEMENTADO PARA TAL FIN POR LA SECRETARÍA DE SALUD.						



SECRETARÍA DE SALUD
 REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL
CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

MODELO 2010
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):			APELLIDO PATERNO:			APELLIDO MATERNO:		
	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. ESTADO CONYUGAL:					
	5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO								
	5.1 CALLE Y NÚMERO:			5.2 COLONIA:			5.3 LOCALIDAD:		
	5.4 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:			5.5 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si reside en el extranjero):			5.6 TELÉFONO:		
	6. NO. DE EMBARAZOS (incluye el actual):				7. NO. DE HIJOS(AS) NACIDOS(AS) MUERTOS(AS):				
	8. NO. DE HIJOS(AS) 8.1 NACIDOS(AS) VIVOS(AS) (incluye el actual):				8.2 SOBREVIVIENTES:				
	9. EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ:				9.1 VIVE AÚN:				
	9.2 FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO(A) DEL EMBARAZO ANTERIOR:				10. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples):				
	11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿RECIBIÓ ATENCIÓN?:			11.2 TRIMESTRE DE PRIMERA CONSULTA:			11.3 TOTAL DE CONSULTAS RECIBIDAS:		
	12. VIVE LA MADRE: 12.1 EN CASO NEGATIVO, ESCRIBA EL FOLIO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:								
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:			13.1 NO. DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN:			15.1 TRABAJA ACTUALMENTE:			
14. ESCOLARIDAD:			15. OCUPACIÓN HABITUAL:			15.2			

DATOS NACIDO VIVO Y NACIMIENTO	16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		FECHA:	HORA:	17. SEXO:	18. EDAD GESTACIONAL:					
	19. TALLA:		20. PESO AL NACER:		21.1 APGAR:		21.2 SILVERMAN:				
	22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		22.1 BCG:		22.2 HEPATITIS B:		22.3 VITAMINA A:		22.4 VITAMINA K:		
	23. TAMIZ NEONATAL		23.1 METABÓLICO:		23.2 AUDITIVO:		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO:				
	25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO:										
	a)										
	b)										
	26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO:										
	27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO:			27.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:						27.2 CLUES:	
	28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:			29.1 CALLE Y NÚMERO:						29.5 LOCALIDAD:	
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO			29.2 COLONIA:			29.3 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:			29.4 ENTIDAD FEDERATIVA:		

DATOS CERTIFICANTE	30. NOMBRE(S):			APELLIDO PATERNO:			APELLIDO MATERNO:			
	31. CERTIFICADO POR:			ESPECIFIQUE:						
	32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL:									
	33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?									
	33.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:			33.2 CLUES:						
	34. DOMICILIO Y TELÉFONO									
	34.1 CALLE Y NÚMERO:			34.2 LOCALIDAD:			34.3 ENTIDAD FEDERATIVA:			34.4 TELÉFONO:
34.5 COLONIA:			34.6 LOCALIDAD:			34.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:			34.8 ENTIDAD FEDERATIVA:	
34.9 TELÉFONO:			36. FECHA DE CERTIFICACIÓN:			37. FIRMA DE LA MADRE:			38. FECHA DE CERTIFICACIÓN:	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE

CÓDIGO QR

HUELLA NO DIGITALIZADA

FIRMA DE LA MADRE

35. 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 GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

RESGUARDAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE
 LA PLENA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA IMPLEMENTADO PARA TAL FIN POR LA SECRETARÍA DE SALUD.