



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento Modelo 2020

Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento Modelo 2020

Subsistema de Información
sobre Nacimientos (SINAC)

Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento
Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)

Primera edición 2020

D.R. © Secretaría de Salud

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dirección General de Información en Salud

Av. Marina Nacional 60 piso 1, Col. Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo, C.P. 11410,
Ciudad de México.

Página Web: <http://www.dgis.salud.gob.mx>

Correo electrónico: dgis@salud.gob.mx

Reservados todos los derechos. Se autoriza la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

Cita recomendada: Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento. Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. México, 2020.

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

Sistema Nacional de Salud

Secretaría de Salud

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela

Secretaría de Salud

Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia

C. María del Rocío García Pérez

Titular del Organismo

Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Zoé Alejandro Robledo

Aburto

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales de los Trabajadores del
Estado

Lic. Luis Antonio Ramírez Pineda

Director General

Programa IMSS BIENESTAR

Dra. Frinné Azuara Yarzabal

Jefa de Unidad del Programa IMSS

Prospera

Petróleos Mexicanos

Dr. Rodolfo Lehmann Mendoza

Subdirector de Servicios de Salud

Secretaría de Marina

Armada de México

Cap. Nav. S.S.N.

Javier Nicolás Zepeda de Alba

Director General Adjunto de Sanidad

Naval

Secretaría de la Defensa Nacional
General de Brigada M.C.

Ramón Arturo Valdés Espinosa

Director General de Sanidad

Instituto Nacional de Estadística y
Geografía

Mtro. Edgar Vielma Orozco

Director General de Estadística

Sociodemográfica

Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS)

Secretaría de Salud

Presidente

**Mtro. Juan Carlos Gómez
Martínez**

Director General de Información en
Salud

Secretaría de Salud

Dirección General de Información en
Salud

Secretaría de Actas

**Lic. Daniela Angélica Fernández
Gallegos**

Directora de Coordinación,
Normatividad y Difusión

Instituto Nacional de Estadística y
Geografía

Secretario Técnico

Mtro. Edgar Vielma Orozco

Director General de Estadísticas
Sociodemográficas
Suplente

Dra. Leonor Paz Gómez

Directora de Diseño Conceptual

Instituto Mexicano del Seguro Social

IMSS- Bienestar

Vocal

Dra. Beatriz Virginia Solano Mejía

Coordinadora de Planeación

Estratégica, Evaluación y Padrón de
Beneficiarios

Suplente

Ing. Alejandro Meneses Reyes

Jefe de Informática

IMSS-BIENESTAR

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del

Estado

Vocal

Mtro. Julio César Cervantes Parra

Director Normativo de Prospectiva y
Planeación Institucional

Suplente

Lic. Mirra Rivera Hernández

Subcoordinadora en la Subdirección
de Aseguramiento

Petróleos Mexicanos

Vocal

Dra. Beatriz Arenas Garduza

Coordinador Especialista Técnico

Suplente

Dra. Arminda Guijosa Mora

Responsable del Departamento de
Quejas de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social
Vocal

**Dr. Ramón Alberto Rascón
Pacheco**

Titular de la Coordinación de
Vigilancia Epidemiológica
Suplente

Ing. Joaquín Papaqui Hernández
Titular de la División de Información
en Salud

Secretaría de la Defensa Nacional
Vocal
C. General Brigadier Médico
Cirujano de la Dirección General de
Sanidad

Dirta del Carmen Cisneros Vera
Suplente

C. Teniente Coronel M.C.
Manuel Canseco Álvarez
Jefe de la Sección de Planes y
Programas

Secretaría de Marina
Vocal
C. Tte. Nav. SSN. MCN. MSP.

Ma. Paulina Hernández Gómez
Subdirector de Salud Pública
Suplente

Teniente de Navío SSN MC
Gerty Kory López Pérez
Encargada del Departamento de
Bioestadística

Dirección General de Epidemiología
Vocal

Dr. José Luis Alomía Zegarra
Director General
Suplente

**Dr. Christian Arturo Zaragoza
Jiménez**
Director de Información
Epidemiológica

Secretaría de la Función Pública
Vocal

**Mtra. Paola Patricia Cerda
Sauvage**

Delegada y Comisaria Público
Propietario del Sector Salud, Trabajo
y Seguridad Social.

Suplente

Lic. José Luis Lezama Núñez
Subdelegado y Comisario Público
Suplente del Sector Salud, Trabajo y
Seguridad Social

Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia
Vocal

**Mtra. Rebeca Galia Jimeno
Papova**

Directora de Rehabilitación
Suplente

**Dr. Pedro Eduardo Valdés
Corchado**

Director de Centros Gerontológicos y
Campamentos

Consejo Nacional de Población
Director General de Estudios
Sociodemográficos y Prospectiva

**Dra. María de la Cruz Muradás
Troitiño**

Directora de Análisis Estadístico e
Informática

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Dr. Heberto Arboleya Casanova

Director General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia

Lic. Erika Uribe Peña

Encargada de la Dirección de Operación de los Servicios de Atención Hospitalaria

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular)

Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Suplente

Ing. Omar Orozco Ramírez

Director General de Afiliación y Operación

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad SSA

Dr. Alejandro Mohar Betancourt

Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Simón Kawa Karasik

Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Cosme Suárez Ortiz

Dirección General de Evaluación del Desempeño

Vocal

Suplente

Lic. Rodrigo Espinosa de la Peña

Director de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud

Registro Nacional de Población e Identificación Personal
Vocal

Mtro. Roberto Zárate Rosas

Director General Adjunto de Registro Poblacional.

Suplente

Mtro. Juan Ignacio Pineda Guinea

Director General Adjunto de Coordinación de Operación Política y Alianzas Estratégicas

Asociación Mexicana de Hospitales Vocales

Dr. Francisco Hernández Torres

Presidente de Asociación Mexicana de Hospitales

Suplente

Dr. Daniel Yáñez López

Asesor

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros Vocales

Act. José Antonio Barreiro Paez

Titular Gastos Médicos Mayores y Salud

Act. Margarita Torres Hernández

Gerente de Estadísticas de Línea de Negocio

Cruz Roja Mexicana
Vocal

Lic. José Antonio Monroy Zermeno

Director General

Cruz Roja Mexicana

Suplente

Lic. Juan Estrada Miranda

Coordinación de Delegaciones

Dirección de Delegaciones

Suplente

Dr. Jorge Luis Ayala Gutiérrez

Sistema de Gestión de Delegaciones

Asociación Nacional de Hospitales
Privados
Vocal

Lic. Álvaro López Aldana

Vicepresidente Jurídico del Hospital
ABC Observatorio
Suplente

Lic. Adrián Cervantes Guevara

Jefe del Departamento de Archivo y
Bioestadística

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco

**Dra. María del Rosario Cárdenas
Elizalde**

Coordinadora de la Maestría en
Población y Salud

Unidad de Análisis Económico
Vocal

**Dra. María Cristina Gutiérrez
Delgado**

Directora General Adjunta de
Economía y Salud
Suplente

Mtra. María Quintana Citter

Directora de Salud y Desarrollo
Económico

Secretaría de Salud

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dra. Asa Cristina Laurell

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Marcela Guillermina Velasco González

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Angélica Ivonne Cisneros Luján

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Dr. José Alonso Novelo Baeza

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Alejandro Mohar Betancourt

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Mónica Mieres Hermosillo

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Dra. Nelly Haydee Aguilera Aburto

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez

Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Mtra. Marta Beatriz Cabrera García

Director General de Comunicación Social

Mtro. Juan Carlos Gómez Martínez

Director General de Información en Salud

Dirección General de Información en Salud (DGIS)

Mtro. Juan Carlos Gómez Martínez

Director General de Información en Salud

Mtro. Arturo Barranco Flores

Director de Información Sobre Necesidades de Salud y Población

Mtro. Carlos Lino Sosa Manzano

Director de Información de Recursos para la Salud

Mtro. Daniela Angélica Fernández Gallegos

Directora de Coordinación Normatividad y Difusión

Lic. Bonifacio Rugerio Escobar

Director de Sistemas de Información de Servicios de Salud

Ing. Blanca Leticia Pinette Medina

Directora de Administración y Prestación de Servicios de Salud Electrónicos

Mtro. Irma Merlos Merlos

Coordinadora Administrativa de la Dirección General de Información en Salud

Mtro. Felipe de Jesús Lara Vargas

Subdirección de Información Hospitalaria

Ing. Luis Enrique Puente Lozano

Subdirector de Estudios de Salud

Ing. Alejandro Rendón Bazán

Subdirector de Servicios Electrónicos Hospitalarios

Mtra. Janett Alvarado González

Subdirectora de Información Institucional

Lic. Ángel González Serrano

Subdirector de Información de Recursos Humanos y Materiales

Ing. Arturo Colin Torres

Subdirector de Procesos Electrónicos en Salud

Mtro. Oscar Santiago Salinas

Subdirector de Información Financiera

Lic. Marian Selene Camacho Muñoz

Subdirector de Integración y Difusión de la Información

Lic. Octavio Garcia Arellano

Subdirector de Atención Primaria

Mtro. Yañez Hernández Manuel

Subdirector de Clasificaciones de la Información en Salud (CEMECE)

Lic. López Grajales José Angel

Departamento de Integración de Información

Lic. Hernández Gamboa Saúl

Departamento de Primer Nivel

Lic. Rosales Soto José Augusto

Departamento de Seguridad de la Información

Lic. Ortiz Juárez Nayeli

Departamento de Coordinación Sectorial

T.S.U. Alicia Mercado Sandoval

Jefa de Departamento de Procesamiento de la Información Hospitalaria

C.P. Monserrat Andrea Pérez Pérez

Jefa del Departamento de Gestión Financiera

Lic. Pérez Zacamolpa Miguel Angel

Departamento de Desarrollo para la Clasificación de Enfermedades y Discapacidad

Ing. Chávez Arciniega Nallely Guadalupe

Departamento de Estadística de Recursos Humanos para la Salud

Agradecimientos

La Dirección General de Información en Salud, responsable de la elaboración del presente manual, agradece a los miembros del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) y del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) que contribuyeron para el enriquecimiento en la actualización del presente manual:

Secretaría de Salud

- Dirección General de Epidemiología
- Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
- Dirección General de Evaluación del Desempeño
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- IMSS-Bienestar
- Instituto de Seguridad y Seguros Sociales de los Trabajadores del Estado
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretaría de Marina
- Petróleos Mexicanos
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- Secretaría de Gobernación
- Registro Nacional de Población e Identificación Personal
- Consejo Nacional de Población
- Asociación Nacional de Hospitales Privados

Asimismo se hace extensivo el agradecimiento al personal de Estadística, de los diversos niveles administrativos en los Servicios Estatales de Salud, quienes con su experiencia cotidiana han colaborado también a enriquecer el presente manual.

En particular, se reconoce el apoyo y colaboración de las siguientes personas para la elaboración y revisión del documento:

Mtro. Arturo Barranco Flores, Mtro. Felipe de Jesús Lara Vargas, A. Margarita Cuvás González.

Índice

| | |
|--|-------------------------------|
| I. Introducción | 14 |
| II. Marco Jurídico | 16 |
| III. Lineamientos para la expedición del Certificado de Nacimiento | 18 |
| IV. Lineamientos para el manejo, control y uso del Certificado de Nacimiento | 21 |
| V. Lineamientos en caso de cancelación, robo o extravío | 24 |
| VI. Formato del Certificado de Nacimiento | 26 |
| Anverso | 27 |
| Reverso | 28 |
| Representación impresa de la versión electrónica del Certificado de Nacimiento | ¡Error! Marcador no definido. |
| VII. Descripción del Certificado de Nacimiento | 29 |
| 1. Datos de la madre (pregunta 1 a la 16) | 29 |
| 2. Datos del nacido vivo y del nacimiento (pregunta 17 a la 30) | 30 |
| 3. Datos del certificante (pregunta 31 a la 37) | 30 |
| 4. Otros métodos de identificación de la madre, el nacido vivo y de la unidad médica | 31 |
| 5. Instrucciones de llenado generales y específicas | 31 |
| 6. Fe de erratas | 31 |
| VIII. Llenado del Certificado de Nacimiento | 33 |
| Consideraciones previas al llenado | 33 |
| Instrucciones específicas del llenado de cada pregunta | 36 |
| 1. Datos de la madre | 36 |
| 2. Datos del nacido vivo y del nacimiento | 52 |
| 3. Datos del certificante | 63 |
| 4. Otros métodos de identificación | 70 |
| 5. Fe de erratas | 72 |
| IX. Glosario de Términos y Abreviaturas | 76 |

I. Introducción

Para mejorar la condición de salud de la población materno-infantil, es preciso evaluar continuamente la efectividad de los programas de salud y detectar las necesidades de servicios y recursos médicos dirigidos a esta población; para ello resulta imprescindible contar con información confiable de los nacidos vivos ocurridos en el país, de las condiciones de su nacimiento, así como de la atención y salud tanto del nacido vivo como de la madre.

En este sentido; anteriormente la información provenía de los nacimientos registrados publicados por el INEGI, de las proyecciones de CONAPO, así como de encuestas; sin embargo estas fuentes no satisfacían las necesidades de información del SNS. De tal forma que a partir de septiembre de 2007, después de más de una década de trabajo interinstitucional coordinado por la DGIS, la Secretaría de Salud instituyó el Certificado de Nacimiento como el formato único nacional, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho, haciendo de éste un requisito para la inscripción de un nacimiento ante el Registro Civil (Bases de Colaboración SEGOB-SALUD, 02/05/07 y LGS, DOF 24/04/13).

A la par del certificado, se instituyó el SINAC como parte del SINAIS, con la función de integrar y difundir las estadísticas obtenidas a partir de la información contenida en el Certificado de Nacimiento, además de regular y vigilar los procesos de operación respectivos. Desde el primer año completo posterior a su implementación (2008), hasta el último con información consolidada (2014) los resultados a nivel nacional han rebasado las expectativas; lo cual ha sido reconocido, al ser determinada en el marco del Sector Salud como Información de Interés Nacional INEGI, DOF 23/05/13, lo que entre otras cosas implica que los indicadores de Salud que involucren información sobre nacidos vivos (como la RMM, la TMI y las coberturas de vacunación de menores de un año) deben calcularse con información del SINAC.

De esta manera, es necesario que la información producida mediante el Certificado de Nacimiento sea de calidad. En apoyo a ello, previo a la implementación del Certificado de Nacimiento, la DGIS como instancia responsable de establecer el diseño y contenido de los certificados para

generar estadísticas vitales, así como de su distribución, control y supervisión (fracción VIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud), elaboró la primera versión del Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento, con el objetivo de guiar al certificante en el correcto llenado de cada una de las variables que éste contiene y darle a conocer los principales lineamientos relacionados con la expedición y uso del mismo.

Con el cambio a la Ley General de Salud, la expedición del Certificado de Nacimiento es obligatorio, como se menciona en la Ley General de Salud publicada en el DOF 24/04/2013 fracción I Bis del artículo 389 y los artículos 389 Bis y 389 Bis 1, y los dos últimos párrafos al artículo 392.

Por otro lado, de acuerdo a lo establecido en el numeral 11.12 de la NOM-035-SSA3-2012, el Certificado de Nacimiento debe actualizarse quinquenalmente de acuerdo a las necesidades del SNS; de esta manera, en 2010 tuvo su primera revisión y ahora en 2015 la segunda; en consecuencia a lo anterior el Manual citado también ha sufrido modificaciones, siendo el fin del presente documento la actualización correspondiente al modelo 2015 del certificado.

II. Marco Jurídico

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF 29-XII-1976, última reforma publicada DOF 17-VI-2009 (artículos 2, 26 y 39).
- Bases de Colaboración suscritas por la Secretaría de Gobernación y Secretaría de Salud para realizar acciones que garanticen el registro inmediato de los nacimientos y defunciones que ocurran en el territorio nacional, celebradas el 2 de Mayo de 2007.
- Ley General de Salud publicada en el DOF (24/04/2013) fracción I Bis del artículo 389 y los artículos 389 Bis y 389 Bis 1, y los dos últimos párrafos al artículo 392.
- 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 DOF (27/08/2014).
- Acuerdo de la Junta de Gobierno del INEGI publicado en el DOF (23/05/13) en donde se determina como Información de Interés Nacional al SINAC en el marco del sector salud.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. DOF 11-VI-2002, última reforma publicada DOF 06-VI-2006.
- Ley de Información Estadística y Geográfica. DOF 30-XII-1980, Ley Abrogada a partir del 15-VII-2008 por Decreto DOF 16-IV-2008.
- Código Civil Federal DOF 26-V-1928, última reforma 28-01-2010.
- Códigos Civiles de las entidades federativas, vigentes.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 19-I-2004, última reforma 29-XI-2006 (artículos 2 apartado B fracción VIII y 24 fracciones III y VIII).
- Reglamentos de los Registros Civiles de las entidades federativas.

- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. DOF 07-XII-2009.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud. Publicada el 30/Ene/2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del nacido vivo. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública. DOF 07-XII-2009.
- Lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. DOF 20-II-2004.
- Norma Técnica sobre Domicilios, INEGI. DOF 12-XI-2010.

III. Lineamientos para la expedición del Certificado de Nacimiento

- Las estadísticas de Nacimientos que elaboran los integrantes del SNS se basan en los nacidos vivos ocurridos, cuya fuente de información es el Certificado de Nacimiento.
- Esta información es utilizada para fines epidemiológicos y estadísticos, para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas implementados por los integrantes del SNS.
- Para todo nacido vivo cuyo nacimiento haya ocurrido en territorio nacional es obligatoria su certificación, para lo cual debe utilizarse el formato vigente del Certificado de Nacimiento.
- Los nacidos vivos cuyo nacimiento haya ocurrido en el extranjero quedan excluidos de la expedición del Certificado de Nacimiento.
- Para todo nacido vivo cuyo nacimiento haya ocurrido en territorio nacional, el Certificado de Nacimiento es requisito indispensable para el trámite del Acta de Nacimiento.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional (independientemente de la nacionalidad o situación legal de los padres), en forma gratuita y obligatoria, por un médico con cédula profesional o por la persona facultada por la autoridad sanitaria correspondiente.
- Antes de su expedición es indispensable que el certificante haya corroborado el nacimiento, el vínculo madre-hijo(a) y verificado la identidad de la madre mediante una identificación oficial, o a falta de esta última, con el documento respectivo expedido por la autoridad competente (Jefe Municipal, Comisariado Ejidal, Consulado, etc.).
- El Certificado de Nacimiento debe expedirse según las circunstancias

que acompañen al nacimiento de conformidad con lo siguiente:

- 1.** Si el nacimiento ocurrió en una unidad médica del SNS, el Certificado de Nacimiento debe ser expedido obligatoriamente dentro de la unidad en las primeras veinticuatro horas después de ocurrido el nacimiento, por el médico que atendió al nacido vivo después del parto.
 - 2.** En este caso el Certificado de Nacimiento debe ser entregado a la madre (o quién corresponda a falta de ésta) al egreso de la misma o antes de transcurridas veinticuatro horas después de ocurrido el nacimiento, lo que ocurra primero.
 - 3.** Si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y fue atendido con la asistencia de una partera facultada por alguna institución del SNS para expedir el Certificado de Nacimiento, ésta debe emitirlo dentro de las primeras veinticuatro horas después de ocurrido el nacimiento y entregarlo inmediatamente a la madre (o quien corresponda a falta de ésta).
- Si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y fue atendido por personal no facultado para la expedición del Certificado de Nacimiento:
 - 1.** Si la madre recibió atención prenatal en una unidad médica de alguna institución del SNS, a solicitud de la madre, dicha institución es la responsable de expedir el certificado, siempre y cuando el vínculo madre-hijo(a) pueda ser corroborado por el certificante.
 - 2.** Si la madre no recibió atención prenatal, es responsabilidad de los SESA establecer los mecanismos que garanticen la expedición del Certificado de Nacimiento, siempre y cuando el vínculo madre-hijo(a) pueda ser corroborado por el certificante.
 - 3.** Si el vínculo madre-hijo(a) no puede ser constatado por el certificante, se debe acudir a la autoridad competente (se recomienda solicitar apoyo al DIF), quien debe corroborar dicho vínculo; una vez hecho lo anterior es responsabilidad de los SESA

establecer los mecanismos que garanticen la expedición del Certificado de Nacimiento.

- En caso de fallecimiento de la madre del nacido vivo, el familiar responsable debe presentar una identificación oficial que acredite su persona y la relación con la madre, además debe mostrar el Certificado o Acta de Defunción de la madre.
- En situación de adopción o de maternidad subrogada, el Certificado de Nacimiento debe expedirse a nombre de la madre gestante del nacido vivo. La contravención a lo dispuesto en este lineamiento será sancionado conforme a las penas a que se hagan acreedores de conformidad a lo establecido en la legislación penal vigente de cada entidad federativa, y tratándose de servidores públicos, además a lo señalado en las Leyes de Responsabilidades de Servidores Públicos que correspondan.
- Consulte la historia clínica de la madre y los documentos de identificación de ésta para el correcto llenado del certificado. En caso de no existir la historia clínica auxíliese con la información proporcionada por la madre y en caso de complicación, discapacidad o fallecimiento de ésta acuda al padre del nacido vivo o a los familiares (de preferencia directos).
- El Certificado de Nacimiento por ningún motivo amparará un nacimiento ocurrido antes de su implementación (1° de septiembre de 2007); en este caso, la madre, los familiares o el propio interesado tendrá que acudir directamente al Registro Civil para que se le indique el procedimiento a seguir para tramitar el Acta de Nacimiento correspondiente.
- Toda persona autorizada por la Secretaría de Salud, para expedir un Certificado de Nacimiento debe estar capacitada para su correcto llenado y para efectos de las disposiciones jurídicas aplicables, es considerada responsable de la información contenida en el mismo.

IV. Lineamientos para el manejo, control y uso del Certificado de Nacimiento

- La entrega del Certificado de Nacimiento no debe ser condicionada por motivo alguno.
- El Certificado de Nacimiento está conformado por un original y dos copias.
- Con objeto de asegurar la integración de la información y el registro de los nacidos vivos ocurridos se establece lo siguiente:
 - I. El certificado original (hoja blanca) será entregado a la madre del nacido vivo con la indicación de presentarlo ante el Registro Civil, como prueba documental de la ocurrencia del nacimiento, para la obtención del Acta de Nacimiento respectiva.
 - II. La primera copia (hoja rosa) debe permanecer en la unidad médica en la que se expidió el certificado para fines administrativos de la misma, anexándose al expediente clínico de la madre.
 - III. La segunda copia (hoja azul) debe ser recolectada por el área responsable de este proceso y entregada al área de captura respectiva para garantizar la integración de la información en el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC); una vez capturada, esta área debe archivar la copia para asegurar su disponibilidad, (que de acuerdo al Cuadro General de Clasificación Archivística y Catálogo de Disposición Documental de la Secretaría de Salud, página 35, Clave 11C.9 Sistemas Nacional de Información Estadística, se deben conservar por 3 años en archivo de trámite, 3 años en archivo de concentración) y en caso necesario, para una revisión posterior.

El área de captura, en primera instancia debe estar ubicada en la misma unidad médica, o en su defecto en la jurisdicción sanitaria correspondiente, en el área de estadística de cada

institución o bien en los Servicios Estatales de Salud.

IV. Para el caso de los nacimientos certificados fuera de una unidad médica, las dos copias (rosa y azul) deben ser entregadas por el personal autorizado que haya expedido el Certificado de Nacimiento a la instancia que le proporcionó los formatos, la cual se hará cargo del resguardo de la primera copia y de entregar la segunda copia al área de captura que corresponda.

- Al entregar el Certificado de Nacimiento se le debe aclarar a la madre o familiares del nacido vivo que este documento NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, por lo que no debe ser utilizado como complemento para fines legales o administrativos, por lo que deberán acudir a la brevedad al Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento correspondiente. Así mismo, se le debe informar a la madre o a los familiares, que en caso de no ser derechohabiente de ninguna institución de seguridad social, el nacido vivo tiene derecho a su afiliación al Seguro Popular Siglo XXI, para lo cual deben acudir al módulo del Seguro Popular con su Certificado de Nacimiento original.
- En ausencia del Acta de Nacimiento, las instituciones del Sistema Nacional de Salud, podrán utilizar provisionalmente el Certificado de Nacimiento para fines de afiliación a los programas de salud.
- Al entregar el Acta de Nacimiento, el Registro Civil debe recoger el certificado original, marcándolo con la leyenda 'REGISTRADO' y resguardándolo posteriormente en el apéndice respectivo.
- Los datos personales están protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- Los SESA, son responsables ante la DGIS del estricto control y uso adecuado de los Certificados de Nacimiento foliados que le fueron proporcionados por la misma en la dotación correspondiente y de coordinar el retiro de los formatos obsoletos cuando ésta así lo indique. De la misma manera todo establecimiento de una institución del SNS, persona o instancia contemplada en la distribución de Certificados de Nacimiento, es a su vez responsable ante los SESA, del estricto control y uso adecuado de los Certificados de Nacimiento foliados que le

fueron asignados.

- Las instancias y personas contempladas en la distribución de Certificados de Nacimiento deben entregar mensualmente en medio electrónico, a las autoridades de los SESA responsables de la distribución de los mismos, un listado con el control de los Certificados de Nacimiento foliados que les fueron asignados, indicando en éste el estatus que guarda cada folio (en resguardo, expedido, cancelado, extraviado o robado). De igual forma los SESA deben entregar a la DGIS, mensualmente y en medio electrónico, el control de los Certificados de Nacimiento foliados correspondiente a su entidad.
- El profesional de la salud o persona facultada por la autoridad sanitaria correspondiente que expida un Certificado de Nacimiento debe estar capacitada para su correcto llenado y es considerada responsable de la información contenida en el mismo para los efectos de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables. Cualquier variación dolosa entre los hechos ocurridos y lo asentado en un Certificado de Nacimiento, es objeto de sanción conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- Los SESA deben prohibir a cualquier certificador, temporal o definitivamente según la gravedad o reincidencia, la expedición de Certificados de Nacimiento y suspenderle la entrega de formatos, cuando se detecten anomalías en su uso y manejo, desviaciones con respecto a los lineamientos establecidos en el presente manual y demás disposiciones jurídicas aplicables o calidad deficiente de la información contenida en los mismos.

V. Lineamientos en caso de cancelación, robo o extravío

- Todas las instancias y personas contempladas en la distribución de certificados deben entregar mensualmente a las autoridades de los SESA responsables de la distribución, los certificados cancelados (el original y las dos copias) mediante oficio, adjuntando a éste una relación de los folios y el motivo de cancelación respectivo. Posteriormente los SESA deben proceder de acuerdo al Manual para la Operación de Archivos Administrativos, solicitando a su Centro de Documentación Estatal, vía oficio, la destrucción de los mismos y enviando a la DGIS copia de dicho oficio. Así mismo, los SESA deben dar aviso inmediato al Registro Civil de la entidad a fin de que éste proceda a boletinar los folios cancelados.
- Para todos los niveles de distribución en caso de robo o extravío de formatos del Certificado de Nacimiento, se debe seguir el siguiente procedimiento:
 - I. El área que tenga bajo su resguardo los formatos del Certificado de Nacimiento es la responsable de los mismos y por lo tanto es quien debe levantar de manera inmediata una acta administrativa de hechos ante el Departamento Jurídico de su Institución, así como la respectiva denuncia de hechos ante el Ministerio Público por el robo o extravío de los formatos. En ambos casos debe quedar asentado la cantidad y los números de folios de los certificados faltantes.
 - II. Una vez presentada la denuncia, el área que tenga bajo su resguardo los formatos del Certificado de Nacimiento, debe avisar inmediatamente a los Servicios Estatales de Salud mediante oficio y correo electrónico, anexando copia de la denuncia.
 - III. Los SESA deben de igual manera avisar inmediatamente por oficio y correo electrónico al Registro Civil Estatal para que éste proceda a boletinar en sus Oficialías los folios de los Certificados de Nacimiento robados y/o extraviados.

IV. Por último, los SESA deben enviar a la DGIS vía correo electrónico una copia del oficio entregado al Registro Civil Estatal para que esta Dirección General realice la notificación al RENAPO, institución que procederá a informar a los Registros Civiles a nivel nacional para evitar el mal uso de los certificados robados o extraviados.

- En caso de que la madre extravíe el Certificado de Nacimiento y éste haya sido expedido en una unidad médica. La madre debe acudir a la autoridad competente (Ministerio Público, Juez de lo Civil, Jefe Municipal, Comisariado Ejidal, etc.) para solicitar una constancia de hechos, con este documento debe presentarse en la unidad médica que le proporcionó el certificado original, para que ésta le entregue una copia fotostática, debidamente sellada y firmada por el director de la unidad médica o en su defecto por el área o persona que este último designe (como por ejemplo, el área jurídica de la unidad).
- En caso de que la madre extravíe el Certificado de Nacimiento y éste haya sido expedido fuera de una unidad médica por una persona autorizada por la Secretaría de Salud. La madre debe presentar la constancia de hechos a la instancia responsable de la distribución de dicho certificado (Jurisdicción Sanitaria, Unidad Médica, área específica designada por cada institución o los Servicios Estatales de Salud) para que en ésta le entreguen una copia fotostática, debidamente sellada y firmada por la persona responsable. En estos casos es importante que el certificante oriente a los familiares sobre el lugar al que les corresponde acudir para solicitar dicha copia.
- En caso de que el Certificado de Nacimiento haya sido extraviado o robado a la madre, ésta debe acudir al Ministerio Público correspondiente para presentar una denuncia de hechos y seguir el procedimiento mencionado en los puntos anteriores.

VI. Formato del Certificado de Nacimiento

Anverso



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

México 2020
FOLIO

000000000

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. PARÁFRAFO 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.

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|
| 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 | | 4. EDAD | | 5. CONDICIÓN INDÍGENA | | | |
| Día _____ Mes _____ Año _____ | | Años _____ | | 5.1 ¿Se considera indígena? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | |
| | | | | 5.2 ¿Había alguna lengua indígena? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique: _____ | | | |
| 6. SITUACIÓN CONYUGAL | | | | | | | |
| Soltero <input type="radio"/> 12 En unión libre <input type="radio"/> 15 Casado <input type="radio"/> 11 Separado <input type="radio"/> 16 Divorciado <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Se ignora <input type="radio"/> 09 | | | | | | | |
| 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) HIJO/A ANTERIOR NACIÓ | | 11. ORDEN DEL NACIMIENTO | |
| 0.1 Nacidos/los Muertos/los _____ Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 0.1 Nacidos/los Muertos/los _____ Se ignora <input type="radio"/> 09 | | Vivió <input type="radio"/> 01 Muerto/a <input type="radio"/> 02 No ha tenido otros hijos/as _____ | | (considere vivos, muertos, múltiples) | |
| 0.2 Nacidos/los Vivos/as _____ Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 0.2 Nacidos/los Vivos/as _____ Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 10.1 Vive aún _____ Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09 | | Se ignora <input type="radio"/> 09 | |
| 0.3 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 0.3 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 10.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta _____ | | 12.3 Total de consultas recibidas _____ Se ignora <input type="radio"/> 09 | |
| 12. ATENCIÓN PRENATAL | | 12.1 ¿Recibió atención? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta _____ | | | |
| 12.3 Total de consultas recibidas _____ Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 12.4 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____ | | | | | |
| 13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A? | | Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____ | | | |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Otra <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 14.1 Número de seguridad social o afiliación _____ | | | |
| 15. ESCOLARIDAD | | Ninguna <input type="radio"/> 01 Técnico terminal con secundaria _____ | | 15.1 La escolaridad seleccionada es: _____ | | 15.2 ¿Interrumpió estudios por estar embarazada? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 | |
| Primaria <input type="radio"/> 03 Bachillerato o preparatoria _____ | | Profesional <input type="radio"/> 04 Postgrado <input type="radio"/> 10 Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02 | | | | | |
| Secundaria <input type="radio"/> 05 Técnico terminal con preparatoria _____ | | Se ignora <input type="radio"/> 09 | | | | | |
| 16. OCUPACIÓN HABITUAL | | 16.1 Trabaja actualmente _____ | | 16.2 Total de consultas recibidas _____ Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 17. EDAD DEL PADRE | |
| Se ignora <input type="radio"/> 09 | | Se ignora <input type="radio"/> 09 | | Se ignora <input type="radio"/> 09 | | Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|
| 18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO | | Día _____ Mes _____ Año _____ | | Horas _____ Minutos _____ | | 19. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 | | 20. EDAD GESTACIONAL _____ Semanas | |
| 21. TALLA | | 22. PESO AL NACER | | 23. ADAPTACIÓN DE RECÉN NACIDO EN SUS PRIMEROS MINUTOS | | 24. TÁMIZ AUDITIVO | | | |
| Centímetros _____ | | Gramos _____ | | 23.1 APGAR (A los 5 minutos) _____ | | 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) _____ | | Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | |
| 25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS | | 25.1 BCG _____ Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | 25.2 Hepatitis B _____ Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | 25.3 Vitamina A _____ Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | 25.4 Vitamina K _____ Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | |
| 25.5 Vitamina K _____ Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | 25.6 Vitamina K _____ Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | 25.7 Vitamina K _____ Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | 25.8 Vitamina K _____ Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | *Especifique: _____ | |
| 27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A | | | | | | | | | |
| a) _____ | | | | | | | | | |
| b) _____ | | | | | | | | | |
| 28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 IMSS <input type="radio"/> 02 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 | | | | | | | | | |
| IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 | | | | | | | | | |
| 28.1 Nombre de la unidad médica _____ | | | | | | | | | |
| 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ | | | | | | | | | |
| 28.3 Tiempo de traslado desde su hogar hasta el sitio de atención del parto _____ | | | | | | | | | |
| 29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO | | | | | | | | | |
| Eutócico <input type="radio"/> 01 Distócico <input type="radio"/> 02 ¿Se usaron fórceps? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Otro <input type="radio"/> 03 | | | | | | | | | |
| *Especifique: _____ | | | | | | | | | |
| 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO | | | | | | | | | |
| Médico/a <input type="radio"/> 01 Enfermero/a <input type="radio"/> 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 03 | | | | | | | | | |
| Platitera* <input type="radio"/> 04 Otro/a* <input type="radio"/> 05 *Especifique: _____ | | | | | | | | | |
| Especifique tipo de médico/a: Gineco-obstetra <input type="radio"/> 11 Otro especialista <input type="radio"/> 12 Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MPR <input type="radio"/> 16 | | | | | | | | | |
| 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 <input type="radio"/> 01 | | Médico/a Gineco-obstetra <input type="radio"/> 07 | | Otro/a médico/a* <input type="radio"/> 02 | | Enfermero/a <input type="radio"/> 03 | |
| Parto* <input type="radio"/> 06 | | Autoridad civil* <input type="radio"/> 08 | | *Especifique _____ | | Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 04 | |
| 34. SI 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

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

Reverso

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 DESPRENDIÓ 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 veindad.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a toda/o nacido/a vivo/a en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (al) nacido/a vivo/a 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 nacido/a vivo/a, elabore 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 coajados 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.
- Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla: Si existe una opción "Se ignora" márcuela con una "X", en el caso de casillas llenas con "nueve" y en el caso de respuestas abiertas con "Se ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0,1,2,...9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato DD/MM/AAAA, completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2020) anote 06/05/2020).
- 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 vialidad, N.º exterior (ej. 980) e interior si aplica (1, 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:

- 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".
- 4) 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.
- 5) 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 o la forma 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.
- 9) 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 cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (al) nacido/a vivo/a que se está certificando.
- 10) LA (EL) HIJO/A ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple. Si la (el) hijo/a anterior nació vivo/a marque la opción "vivo/a" y especifique en 10.1 si está/de 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".
- 11) ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (al) nacido/a vivo/a que se certifica, considerándolo/a como la (al) último/a del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidos/as vivos/as como a las (los) nacidos/as muertos/as, 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.
- 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) NACIDO/A VIVO/A?** 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 estar embarazada interrumpió sus estudios.
- 16) OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera, secretaría, mesera, maestra). 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, pensionada, 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 H M M, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 0 0 0 5).
- 19) SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (del) nacido/a vivo/a, 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 capuro, 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) nacido/a vivo/a expresado en gramos (ej. Si la (el) nacido/a vivo/a pesa 2 kilos 350 gramos, anote: 2 350 0 gramos).
- 26) PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidos/as vivos/as o muertos/as de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacido/a vivo/a, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupa la (el) nacido/a en este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- 27) ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDO/A VIVO/A.** Si la (el) nacido/a vivo/a 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: eutócico, distócico (para este caso, indicar si se usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando dato) 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 especialista, Residente, General, Médico/a Pasante en Servicio Social, MPSS o Médico/a Interno de Preado-MIP). Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 33) CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la expedición 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 al 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: nombre(s) y apellidos.

1) Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____

2) Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____

3) Núm. de pregunta: ____ Corrección: _____

Responsable de la corrección:

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Firma

Sello oficial de la Unidad Médica

VII. Descripción del Certificado de Nacimiento

El Certificado de Nacimiento está dividido en 6 secciones:

1. Datos de la madre o gestante
2. Datos del nacido viva/o y del nacimiento
3. Datos del certificante
4. Otros métodos de identificación
5. Instrucciones de llenado generales y específicas
6. Fe de erratas

1. Datos de la madre (pregunta 1 a la 17)

El objetivo de este apartado es obtener información sociodemográfica de la madre, de su historial reproductivo, así como de si ésta vive al momento en que se expide el Certificado de Nacimiento:

- Nombre completo
- Clave Única de Registro de Población (CURP)
- Lugar de nacimiento
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Condición indígena
- Situación conyugal
- Residencia habitual
- Número de embarazos
- Número de hijos(as)
- La (el) hija/o anterior nacido
- Orden del nacimiento
- Atención prenatal
- ¿Vive la madre o gestante de la nacida(o) viva(o)?
- Afiliación a los servicios de salud
- Escolaridad
- Ocupación habitual

- Edad del padre

2. Datos del nacido vivo y del nacimiento (pregunta 18 a la 31)

El objetivo de este apartado es obtener información sobre las características del nacido vivo, incluyendo la medición de las condiciones generales y su función respiratoria al momento del nacimiento, la aplicación de vacunas, complementos, así como de las características mismas del nacimiento, el lugar y la persona que lo atendió:

- Fecha y hora de nacimiento
- Sexo
- Edad gestacional
- Talla al nacer
- Peso al nacer
- Adaptación de recién nacido en sus primeros minutos
- Tamiz auditivo
- Aplicación de vacunas y complementos
- Producto de un embarazo
- Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o
- Sitio de atención del parto
- Resolución del embarazo
- Persona que atendió
- Domicilio del sitio de atención donde ocurrió el nacimiento

3. Datos del certificante (pregunta 32 a la 38)

En este apartado se captan los datos de identificación de la persona que expidió el Certificado de Nacimiento incluyendo, para el caso de los médicos, la cédula profesional. Los datos que se solicitan son de suma importancia para realizar cualquier aclaración posterior:

- Nombre
- Certificado por (Médico Pediatra, Médico Gineco-Obstetra, Otro Médico, Enfermera, Persona autorizada por la Secretaría de Salud o Partera)
- Si el certificante es médico profesional de la salud (cédula profesional)
- Unidad médica que proporcionó el certificado si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica
- Domicilio y teléfono
- Firma
- Fecha de certificación

4. Otros métodos de identificación de la madre, el nacido vivo y de la unidad médica

Incluye la captación de elementos de identificación de la madre y el sello oficial de la unidad médica que avala la certificación:

- Huella del dedo pulgar derecho de la madre o gestante
- Firma de la madre o gestante
- Sello oficial de la unidad médica certificante

5. Instrucciones de llenado generales y específicas

Este apartado contiene la definición de nacido vivo y una selección de las principales instrucciones generales y específicas, cuyo fin es coadyuvar al correcto llenado del Certificado de Nacimiento. Para más detalles consultar Glosario de Términos.

6. Fe de erratas

Se localiza en la parte inferior del reverso del formato del Certificado de Nacimiento, en este apartado se podrán realizar correcciones (máximo 3) a la

información anotada en los tres primeros apartados del certificado y con ello evitar, cuando sea posible, la cancelación del formato por error de llenado. También se debe especificar el nombre de quien realiza la corrección. Esta sección no aplica para la representación impresa de la versión electrónica del Certificado de Nacimiento.

VIII. Llenado del Certificado de Nacimiento

Consideraciones previas al llenado

- La persona que expide el certificado debe llenarlo en su totalidad, exceptuando aquellas preguntas que no apliquen. Para las preguntas cuya respuesta se desconoce al momento de llenar el certificado, debe seleccionarse la opción 'Se ignora'.
- Para que un certificado sea considerado válido debe incluir la firma del certificante, la firma de la madre, la huella del pulgar derecho de la madre (para lo cual no se requiere de una tinta especial) y en caso de que haya sido expedido en una unidad médica, el sello de la misma. Si el certificado se expidió fuera de una unidad médica no será necesario el sello de la institución. Si la madre no sabe leer ni escribir, el formato deberá llevar forzosamente la huella del pulgar derecho de la madre, tanto en el espacio destinado para ello, como en el espacio para que ésta plasme su firma. Para las huellas, en caso de no contar con la extremidad derecha registre la correspondiente de la extremidad izquierda y cuando carezca de ambas colocar una 'X'.
- Previo a la firma de la madre, ésta debe revisar el contenido del certificado y manifestar su conformidad con la información anotada. Cuando la madre no sepa leer y escribir, el certificante debe dar lectura completa del certificado, a fin de que ella conozca y apruebe la información registrada en el mismo.
- En caso de que se cometa alguna equivocación al llenar el Certificado de Nacimiento, no deben hacerse tachaduras ni enmendaduras, ya que ello invalida el documento; para estos casos, debe utilizarse el apartado de la 'Fe de Erratas', tomando en cuenta tanto las limitaciones que este apartado tiene, como las instrucciones para su uso. Si el total de errores rebasa el alcance de la 'Fe de Erratas' se debe proceder a cancelar el certificado y elaborar uno nuevo, sin importar el tiempo transcurrido de la expedición con errores. Esta sección no aplica para la representación impresa de la versión electrónica del Certificado de Nacimiento, para este se debe cancelar y expedir uno nuevo.

- En las preguntas de opción múltiple, el certificante debe seleccionar sólo una opción. En las preguntas abiertas debe escribir la información proporcionada por las fuentes respectivas, para las respuestas en que se requiera anotar números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, ... , 9) y donde haya casillas debe anotarse un dígito por cada una de ellas.
- La persona que llene y firme el Certificado de Nacimiento es la única responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz; de lo contrario deberá sujetarse a las implicaciones jurídicas que pudieran sucederse.
- Es responsabilidad del certificante que la información vertida en el certificado sea clara y legible, tanto en el original como en las dos copias. Por lo que en caso de llenar el certificado a mano, deberá escribir con tinta, utilizando letra de molde, no usar abreviaturas (excepto las señaladas en las instrucciones específicas de cada pregunta), utilizar únicamente BOLÍGRAFO, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo. Se debe oprimir el bolígrafo lo suficiente para garantizar la legibilidad en las copias y apoyarse en una superficie plana y firme.
- El certificante debe advertir a la madre que los datos personales contenidos en el certificado, como lo son: su nombre, su fecha y lugar de nacimiento, así como su estado conyugal es información que se verificará en el Registro Civil para expedir el Acta de Nacimiento del nacido vivo, por lo que es muy importante que estos datos sean veraces.
- El certificante debe informar a la madre sobre la importancia de proporcionar su residencia habitual correcta, ya que de ello dependerá el seguimiento oportuno que pueda recibir su hijo(a) para completar su esquema de vacunación y con ello evitar la presencia posterior de enfermedades prevenibles.
- Por ningún motivo se debe comercializar el Certificado de Nacimiento ni condicionar su entrega. La contravención a lo dispuesto en este

lineamiento será sancionado conforme a las penas a que se hagan acreedores de conformidad a lo establecido en la legislación penal vigente de cada entidad federativa, y tratándose de servidores públicos, además a lo señalado en las Leyes de Responsabilidades de Servidores Públicos que correspondan.

- En el caso extraordinario de que el nacido vivo se encuentre en situación de desamparo, el Certificado de Nacimiento debe ser entregado a la instancia que haya asumido la responsabilidad del nacido vivo. Si además, se desconozcan los datos de la madre y/o las circunstancias de su nacimiento, las respuestas a las preguntas del apartado 'DATOS DE LA MADRE' podrán elegirse como ignoradas, de la misma forma que podrán omitirse los elementos para su identificación (huella y firma); en el apartado 'DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO' podrán dejarse en blanco las preguntas cuya respuesta se desconozca.

Instrucciones específicas del llenado de cada pregunta

1. Datos de la madre

Para el llenado de este apartado, debe consultarse la historia clínica de la madre y sus documentos de identificación. De no existir la historia clínica auxíliese de la información proporcionada por la madre y en caso de complicación, discapacidad o fallecimiento de ésta acuda al padre del nacido vivo o a los familiares (de preferencia directos).

1. Nombre

Anotar el nombre completo de la madre, iniciando por el(los) nombre(s), seguido de los apellidos.

- El nombre de la madre debe anotarse exactamente igual a lo asentado en el Acta de Nacimiento, por lo que se recomienda copiarlo directamente de este documento o en su defecto, de la identificación oficial o comprobante de identidad que presente la madre.
- No utilizar abreviaturas, a menos que se encuentre la información de esa manera en el Acta de Nacimiento, en la identificación oficial o en el comprobante de identidad que presente la madre.
- Cabe resaltar que el Acta de Nacimiento de la madre no es un requisito para la expedición o entrega del Certificado de Nacimiento, sin embargo; si la madre la presenta, se le dará preferencia para la inscripción de su nombre.

1.1 CURP. Se debe anotar la Clave Única de Registro de Población (CURP) de la madre en los espacios correspondientes. Esta información es de vital importancia.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.

- Para obtener la CURP de la madre debe agotar todas las opciones posibles (consultar en la credencial de elector, en el expediente clínico, en su credencial de afiliación a los servicios de salud, entre otras)
- En caso de desconocer esta información, debe acceder a la siguiente página web para obtenerla:
<http://consultas.curp.gob.mx/CurpSP/>

| | | | |
|---|---|-----------------|------------------|
| 1. NOMBRE | María Eugenia | Ramírez | Andrade |
| | Nombre (s) | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) | R A A M 8 1 0 3 0 2 M N L M R N 0 1 | | |

2. Lugar de nacimiento

Registrar la ubicación del lugar donde la madre del nacido vivo haya nacido.

2.1 Municipio o Alcaldía. Anotar dentro del espacio correspondiente el municipio o Alcaldía (para el Distrito Federal), en donde haya nacido la madre.

- Si la madre es extranjera se debe dejar en blanco.
- En caso de que esta información se desconozca, anotar la leyenda 'Se ignora'.

2.2 Entidad federativa o país. Anotar dentro del espacio correspondiente la entidad federativa en donde haya nacido la madre.

- Si la madre es extranjera se debe anotar el país de nacimiento. Ejemplo: Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, España, entre otros.
- En caso de que esta información se desconozca, anotar la leyenda 'Se ignora'.

| | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| 2. LUGAR DE NACIMIENTO | San Nicolás de los Garza | Nuevo León |
| | 2.1 Municipio o Alcaldía | 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) |

3. Fecha de nacimiento

Anotar el día, mes y año de nacimiento de la madre.

- La fecha de nacimiento de la madre debe ser la misma que se encuentre asentada en su Acta de Nacimiento, por lo que se recomienda copiarla directamente de este documento o en su defecto de la identificación oficial o comprobante de identidad que presente.
- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Cuando se desconozca la fecha de nacimiento de la madre, ya sea completa o una parte de ella, se debe anotar '1 9 1 9' para el día, '1 9 1 9' para el mes y '1 9 1 9 1 9 1 9' para el año.

Fecha conocida

| 3. FECHA DE NACIMIENTO | | | | | | | |
|------------------------|---|-----|---|-----|---|---|---|
| 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 9 | 8 | 1 |
| Día | | Mes | | Año | | | |

Fecha desconocida

| 3. FECHA DE NACIMIENTO | | | | | | | |
|------------------------|---|-----|---|-----|---|---|---|
| 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Día | | Mes | | Año | | | |

4. Edad

Anotar en el espacio correspondiente los años cumplidos de la madre, a partir de su fecha de nacimiento y hasta el momento de la expedición del Certificado de Nacimiento del nacido vivo.

- Cuando se desconozca la edad de la madre, se debe anotar '1 9 1 9'.

Edad conocida

| 4. EDAD |
|---------|
| 3 3 |
| Años |

Edad desconocida

| 4. EDAD |
|---------|
| 9 9 |
| Años |

5. Condición indígena

5.1 ¿Se considera indígena?

- Elegir 'Sí', para el caso en que la madre se reconozca o pertenezca a una población indígena. En caso contrario seleccionar la opción 'No'.
- Si esta información se desconoce, elegir la opción 'Se ignora'.

| |
|---|
| 5.1 ¿Se considera indígena? |
| Sí <input checked="" type="radio"/> ₁ No <input type="radio"/> ₂ Se ignora <input type="radio"/> ₉ |

5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?

Independientemente si la madre habla español o no se considera perteneciente a una población indígena.

- Elegir 'Sí', para el caso en que la madre hable alguna lengua indígena. En caso contrario seleccionar la opción 'No'.
- Si se elige la opción 'Sí' llenar la opción Especifique, en caso contrario omitir, pasando a la pregunta 6.
- Si esta información se desconoce, elegir la opción 'Se ignora'.

* Especifique

Aplica sólo para respuesta afirmativa en la pregunta 5.2.

- Registre el nombre de la lengua indígena (Maya, Náhuatl, Zapoteco, Mazahua, etc.)
- Debe quedar en blanco cuando en la pregunta 5.2 se haya seleccionado la opción 'No' o 'Se ignora'.

| | |
|--|---------------------------|
| 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? | |
| Sí* <input checked="" type="radio"/> ₁ No <input type="radio"/> ₂ Se ignora <input type="radio"/> ₉ | *Especifique: <u>Pame</u> |

6. Situación conyugal

Es la situación conyugal en que se encuentra la madre al momento de la expedición del certificado, se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho.

- Leer todas las posibles respuestas a la madre antes de seleccionar una opción.
- En caso de que esta información se desconozca, elegir la opción 'Se ignora'.
- Advertir a la madre que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal y en caso de no coincidir con el asentado en el certificado, tendrá contratiempos para el trámite del Acta de Nacimiento respectiva.

| | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 6. SITUACIÓN CONYUGAL | Soltera <input type="radio"/> 12 | En unión libre <input type="radio"/> 15 | Casada <input type="radio"/> 11 | Separada <input type="radio"/> 16 | Divorciada <input type="radio"/> 13 | Viuda <input type="radio"/> 14 | Se ignora <input type="radio"/> 99 |
|-----------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|

x

7. Residencia habitual y teléfono

Anotar el domicilio completo que permita la ubicación de la vivienda donde la madre reside con el propósito de establecerse en ella (se presume el propósito de establecerse en un lugar, cuando se reside por más de seis meses en él); a falta de éste, anotar el domicilio de la vivienda donde pueda ser localizada.

- En la medida de lo posible evite anotar 'Domicilio Conocido', ya que esto dificultará el seguimiento de los programas de salud.
- En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier campo de esta pregunta, anotar la leyenda 'Se ignora'.
- Informar a la madre la importancia de proporcionar veraz y correctamente su domicilio de residencia habitual, dado que de esto dependerá el seguimiento oportuno que pueda proporcionársele a su hijo(a) para completar su esquema de vacunación y con ello evitar la presencia posterior de enfermedades prevenibles.

- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la 'Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos' (INEGI-DOF 12/XI/2010).

7.1 Tipo de vialidad

Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad en función del tránsito vehicular y/o peatonal.

- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Peonatal, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

7.2 Nombre de la vialidad

Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.

- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Rio Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

7.3 Núm. Exterior

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.

- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

7.4 Núm. Interior

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.

- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

7.5 Tipo de asentamiento humano

Clasificación que se da al asentamiento humano.

- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad, Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.
- Privilegiar el registro de 'Colonia' sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que esta exista.

7.6 Nombre del asentamiento humano

Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.

- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

7.7 Código Postal

Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente a la residencia habitual de la madre.

- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

7.8 Localidad

Registrar el nombre de la localidad correspondiente a la residencia habitual de la madre.

- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'

7.9 Municipio o Alcaldía

Registrar el nombre del municipio o alcaldía (para el caso del Ciudad de México) correspondiente a la residencia habitual de la madre.

- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

7.10 Entidad federativa

Anotar el nombre de la entidad federativa que corresponde a la residencia habitual de la madre.

- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.
- En caso de que la madre resida en el extranjero, anotar el nombre del país donde reside la madre. Ejemplo: Estados Unidos de América, Guatemala, Belice, Nicaragua, España, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

7.11 Teléfono

Número telefónico donde se pueda localizar a la madre del nacido vivo.

- El número telefónico debe ser anotado a 10 dígitos, uno en cada espacio.
- Informar a la madre la importancia de proporcionar veraz y correctamente su número telefónico, para facilitar el seguimiento de los programas de salud dirigidos tanto a ella, como a su hijo(a).

| 7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO | | | | |
|--|--|-------------------------------|----------------------|--|
| 7.1 Tipo de vialidad Avenida | 7.2 Nombre de la vialidad Playa Ercentada | 7.3 Núm. Ext. 15 | 7.4 Núm. Int. 212 | 7.5 Tipo de asentamiento humano Colonia |
| 7.6 Nombre del asentamiento humano Estrella | 7.7 Código Postal 08900 | 7.8 Localidad Barrio Marte | | |
| 7.9 Municipio o Alcaldía Iztacalco | 7.10 Entidad federativa Ciudad de México | 7.11 Teléfono 5306132254 | | |

8. Número de embarazos

Anotar el número del total de embarazos (gestas) que ha tenido la madre a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos; es decir, incluyendo: productos nacidos vivos, productos nacidos muertos, abortos, molas y embarazos ectópicos, se debe incluir el embarazo del nacido vivo que se está certificando.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si esta información se desconoce, elegir la opción ‘Se ignora’.

| | |
|---|------------------------------------|
| 8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) | |
| <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> | Se ignora <input type="radio"/> gg |

Nota: Cuando el producto de un embarazo sea gemelar o múltiple, en las preguntas 9, 10 y 11, se debe respetar el orden de nacimiento al momento de la certificación con base en la hora de nacimiento de cada producto.

9. Número de hijas(os)

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si esta información se desconoce, elegir la opción ‘Se ignora’.

9.1 Nacidos muertos(as)

Anotar el número total de productos nacidos muertos (defunciones fetales) que haya tenido la madre. Incluyendo: abortos, molas y embarazos ectópicos.

- Ver definición de ‘Defunción fetal’ en el Glosario de Términos de éste manual.
- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si no ha tenido hijas(as) nacidos(as) muertos(as) anotar ‘00’, no dejar espacios en blanco.

- Si esta información se desconoce, elegir la opción ‘Se ignora’.

9.2 Nacidos Vivos(as) (incluye el actual)

Registrar el número total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que haya tenido la madre incluyendo al que se está certificando, independientemente que alguno de éstos después falleciera.

9.3 Sobrevivientes

Registrar cuántos de los hijos(as) nacidos(as) vivos(as) anotados en la pregunta 9.2 viven actualmente, incluyendo al que se está certificando.

| | | |
|--------------------------------|---|------------------------------------|
| 9. NÚMERO DE HIJOS (AS) | | |
| 9.1 Nacidos Muertos (as) | <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> | Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 9.2 Nacidos Vivos (as) | <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> | Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 9.3 Sobrevivientes | <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> | Se ignora <input type="radio"/> 99 |

10. la (el) hija(o) anterior nació

Indicar la condición de supervivencia del (de la) hijo(a) anterior, independientemente si se trata de un embarazo múltiple.

- Si es el primer embarazo de la madre y fue un parto único, elegir la opción 3 que indica que ‘no ha tenido hijos(as)’ anteriores.
- Si el(la) hijo(a) anterior:
 - nació vivo(a), elegir la opción 1.
 - nació muerto(a), elegir la opción 2.
- Si se elige la opción ‘Vivo(a)’ pasar a la pregunta 10.1, en caso contrario omitir la respuesta de 10.1 y pasar a la pregunta 11.

10.1 Vive aún.

Si el (la) hijo(a) inmediato anterior nació vivo(a), anotar su condición de supervivencia.

- Si el (la) hijo(a) anterior vive elegir la opción 'Sí', en caso contrario elegir opción 'No'.
- Si esta información se desconoce, elegir la opción 'Se ignora'.
- Si la madre no ha tenido otros(as) hijos(as) o el (la) anterior nació muerto(a), omitir la respuesta.

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| 10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ | | | |
| Viva/o <input checked="" type="radio"/> 1 | Muerta/o <input type="radio"/> 2 | No ha tenido <input type="radio"/> 3 otros hijas/os | |
| <hr/> | | | |
| 10.1 Vive aún | Sí <input checked="" type="radio"/> 1 | No <input type="radio"/> 2 | Se ignora <input type="radio"/> 9 |

11. Orden del nacimiento (considere productos vivos, muertos y múltiples)

Anotar la posición (orden numérico) que ocupa el nacido vivo que se está certificando en relación al total de nacimientos anteriores que la madre haya tenido, considerándolo para tal efecto en último lugar.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Para obtener el orden del nacimiento se deben considerar: nacidos vivos (independientemente de que a la fecha de expedición del certificado estén vivos o no), nacidos muertos (incluyendo abortos, molas y ectópicos) y los productos de partos múltiples se deben contar independientemente.
- La cifra registrada en esta pregunta debe coincidir con la suma del número de hijos nacidos vivos (pregunta 9.2) y del número de nacidos muertos (pregunta 9.1).
- Si esta información se desconoce, elegir la opción 'Se ignora'.

| | |
|---|------------------------------------|
| 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) | |
| 0 3 | Se ignora <input type="radio"/> 99 |

Ejemplo de registro correcto de la pregunta 8 a la 11 para un embarazo gemelar, suponiendo que es un primer embarazo y ambos productos nacieron vivos:

Datos del primer gemelo

| | | | |
|---|---|--|---|
| 8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidas/os Vivas/os <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Viva/o <input checked="" type="radio"/> 1 Muerta/o <input type="radio"/> 2 No ha tenido otros hijas/os <input checked="" type="radio"/> 3 10.1 Vive aún Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 |
|---|---|--|---|

Datos del segundo gemelo

| | | | |
|---|---|--|---|
| 8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidas/os Vivas/os <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Viva/o <input checked="" type="radio"/> 1 Muerta/o <input type="radio"/> 2 No ha tenido otros hijas/os <input type="radio"/> 3 10.1 Vive aún Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 |
|---|---|--|---|

12. Atención prenatal

Debe considerar toda aquella atención recibida por un profesional de la salud (incluyendo parteras profesionales) en el periodo de gestación, tanto para la vigilancia y control del embarazo, como la otorgada para la consulta de problemas relacionados con el mismo.

- No debe considerarse la atención otorgada por parteras tradicionales u otras personas no profesionales de la salud.
- Se debe tomar en cuenta toda atención recibida independientemente del lugar donde se le haya brindado (unidad médica regional, hospital, clínica particular, centro de salud, unidad móvil de salud, etc.).
- Si se desconoce la información de cualquiera de las preguntas de la 12.1 a la 12.3, elegir la opción 'Se ignora'.
- Colocar un sólo dígito en cada espacio.

12.1 ¿Recibió atención prenatal?

Registrar si la madre recibió atención prenatal por un profesional de la salud (médico, enfermera, partera profesional, etc.) durante su embarazo.

- Si la madre recibió atención prenatal por un profesional de la salud, elegir la opción 'Sí', en caso contrario elegir opción 'No'.
- Si se elige la opción 'Sí' pasar a la pregunta 12.2, en caso contrario omitir la respuesta de 12.2 y 12.3, pasando a la pregunta 13.

12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta

- Si se respondió afirmativamente la pregunta 12.1, indicar dentro de que trimestre de la gestación recibió la primera consulta prenatal.

12.3 Total de consultas recibidas

- Si se respondió afirmativamente la pregunta 12.1, anotar el número total de consultas de atención prenatal que recibió la madre durante su embarazo, en caso contrario anotar 0 (cero).

| | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| 12. ATENCIÓN PRENATAL | 12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 12.3 Total de consultas recibidas <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 |
|-----------------------|---|--|---|

13. ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacida/o viva/o?

Verificar y registrar si la madre del nacido vivo que se está certificando vive al momento de la expedición del Certificado de Nacimiento.

- Seleccionar la opción 'No' sólo en caso de que la madre haya fallecido antes de la expedición del Certificado de Nacimiento y por ningún motivo omitir la respuesta de la pregunta 13.1.
- Si seleccionó la opción 'Sí', se debe dejar en blanco la pregunta 13.1 y pasar a la pregunta 14.

13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción.

Si la madre del nacido vivo falleció antes de la expedición del Certificado de Nacimiento anotar el número correcto del Certificado de Defunción expedido para la madre.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.

- El folio del Certificado de Defunción es un número de 9 dígitos, el cual se ubica en la parte superior derecha de dicho documento.
- Si no se tiene el Certificado de Defunción a la mano, localice la tercera copia de este documento (hoja verde) en la historia clínica de la madre o bien, solicite a los familiares el original (hoja blanca) para transcribir el folio.
- Si seleccionó la opción ‘Sí’ en la pregunta 13 dejar en blanco y pasar a la pregunta 14.

| | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? | Sí <input checked="" type="radio"/> 1 | No <input type="radio"/> 2 | 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|---|---------------------------------------|----------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

14. Afiliación a los servicios de salud

Elegir la opción que corresponda a la institución donde está afiliada la madre o de la cual es derechohabiente.

- Para el caso en el que la madre esté afiliada a más de una institución, anotar la afiliación correspondiente a la institución donde se atendió el parto siempre y cuando sea afiliada a la misma. Si la madre no fue atendida por alguna de las instituciones a las que está afiliada anotar la afiliación de la institución de la cual la madre refiera.
- Es importante leer todas las opciones y elegir las señaladas por la madre o el informante.
- Cuando la madre no tiene afiliación a los Servicios de Salud, seleccionar la opción ‘Ninguna’ y omitir la respuesta de la pregunta 14.1 dejándola en blanco.
- Si se desconoce la información, elegir la opción ‘Se ignora’ y omitir la respuesta de la pregunta 14.1 dejándola en blanco.

14.1 Número de seguridad social o afiliación

Cuando la madre tenga al menos una afiliación o derechohabencia a algún servicio de salud, anotar el número de seguridad social o afiliación de la institución respectiva.

- Para el caso en el que la madre esté afiliada a más de una institución, anotar el número de afiliación de la opción correspondiente a la institución donde se atendió el parto. Si la madre no fue atendida por alguna de las instituciones a las que está afiliada, anotar el número de afiliación de la institución de la cual la madre recibe las mayores prestaciones.
- Debe quedar en blanco cuando en la pregunta 14 se haya seleccionado la opción 'Ninguna' o 'Se ignora'.

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|
| 14. 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 | ISSFAM <input type="radio"/> 11 | Otra <input type="radio"/> 8 |
| | IMSS <input type="radio"/> 2 | PEMEX <input type="radio"/> 4 | SEMAR <input type="radio"/> 6 | IMSS Bienestar <input checked="" type="radio"/> 10 | Se ignora <input type="radio"/> 99 | |

0107181113-1
14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. Escolaridad

Elegir la opción que indique el grado de estudios de la madre.

- Si la madre manifiesta tener una escolaridad, indique en 15.1 si esta es completa o incompleta.
- Si la madre no cuenta con estudios, seleccione la opción 'Ninguna' y no responder 15.1.
- Si se desconoce la información, elegir la opción 'Se ignora' y no responder 15.1

15.1 El grado anterior es

Si la madre manifiesta tener algún nivel de estudio completo marque en 15.1 la opción 'Completa', en caso de que no haya concluido el grado mencionado marque la opción 'Incompleta'.

| | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| 15. ESCOLARIDAD | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 | Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> 11 | Profesional <input type="radio"/> 8 | 15.1 La escolaridad seleccionada es |
| Primaria <input type="radio"/> 3 | Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 | Posgrado <input type="radio"/> 10 | |
| Secundaria <input type="radio"/> 5 | Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> 12 | Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| | | | |
| | | | Completa <input checked="" type="radio"/> 1 |
| | | | Incompleta <input type="radio"/> 2 |

15.2 ¿interrumpió estudios por estar embarazada?

15.2 ¿Interrumpió estudios por estar embarazada?

Si ☐ 1 No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

X

16. Ocupación habitual

Anotar el oficio o trabajo de la madre al momento de la expedición del certificado. Ejemplo: maestra, secretaria, mesera, enfermera, etc.

- Si la madre no trabaja, mencionar a que se dedica, cuál es su ocupación principal. Ejemplo: estudiante, ama de casa, jubilada, etc.
- No utilizar abreviaturas.
- Si se desconoce la información, elegir la opción 'Se ignora'.

16.1 Trabaja actualmente

Elegir la opción 'Sí' cuando la madre cuente con un trabajo, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos.

- Elegir 'No' cuando la madre se dedique al hogar y/o al cuidado de los hijos y/o a estudiar, sea rentista o jubilada, etc.
- Si se desconoce esta información, elegir la opción 'Se ignora'.

| | |
|---|--|
| 16. OCUPACIÓN HABITUAL Abogada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 16.1 Trabaja actualmente Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
|---|--|

17. Edad del padre

Anotar la edad del padre al momento de la expedición del certificado.

- Si se desconoce la información, elegir la opción 'Se ignora'.

17. EDAD
DEL PADRE

| | |
|---|---|
| 2 | 8 |
|---|---|

Se ignora ☐gg

2. Datos del nacido vivo y del nacimiento

Cuando el nacimiento ocurre en una unidad médica, ninguna de las preguntas de este apartado debe quedar sin respuesta, a excepción de la pregunta 18. SEXO cuando por alguna anomalía no sea posible definir el sexo del nacido vivo al momento de su nacimiento.

Además, si el nacimiento se atendió fuera de una unidad médica (por una Partera u otra persona) las preguntas 23.1 APGAR y 23.2 SILVERMAN podrán quedar sin respuesta y en la pregunta 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO será válido ignorar algún campo, excepto la entidad de ocurrencia.

18. Fecha y hora del nacimiento

Anotar el día, mes, año y hora de ocurrencia del nacimiento del nacido vivo que se está certificando.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o del mes es de un dígito.
- La hora debe ser anotada en el formato HH:MM, utilizando la escala de 24 horas y completando ceros a la izquierda si el número correspondiente a la hora o a los minutos es de un dígito.

- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Colocar un sólo dígito en cada espacio.

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|-----|---|-----|---|---|---|---------------|---|
| 18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO | | | | | | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Día | | Mes | | Año | | | | Horas Minutos | |

19. Sexo

Indicar el sexo que corresponde al nacido vivo.

- Para el caso en que no sea posible definir el sexo del nacido vivo, dejar en blanco esta pregunta y especificar en la pregunta 27 la posible anomalía congénita relacionada.

| | | |
|----------|---|-------------------------------|
| 19. SEXO | Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 | Mujer <input type="radio"/> 2 |
|----------|---|-------------------------------|

20. Edad gestacional

Anotar la edad gestacional del nacido vivo expresada en semanas completas, utilizando como método de cálculo la valoración Capurro (consultar detalle en el 'GLOSARIO DE TÉRMINOS'), en caso que dicha técnica no pueda ser aplicada, calcular las semanas contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)

| | | | |
|----------------------|---|---|---------|
| 20. EDAD GESTACIONAL | 3 | 9 | Semanas |
|----------------------|---|---|---------|

21. Talla

Registrar en centímetros la distancia entre el talón y el vértice de la cabeza del nacido vivo.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)

| | |
|-------------|---|
| 21. TALLA | |
| 4 | 2 |
| Centímetros | |

22. Peso al nacer

Anotar el peso del nacido vivo al nacer, expresado en gramos.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Completar con cero a la izquierda si el peso es menor a 1000 gramos.
- 1 kilo = 1000 gramos. Ejemplo: si el nacido vivo pesa 3 kilos 400 gramos se debe anotar:

| | | | |
|-------------------|---|---|---|
| 22. PESO AL NACER | | | |
| 3 | 4 | 0 | 0 |
| Gramos | | | |

23. Adaptación de recién nacido en sus primeros minutos

23.1 APGAR (a los 5 minutos)

Registrar la calificación obtenida por el nacido vivo, de acuerdo a las condiciones generales de salud presentadas a los 5 minutos del nacimiento.

- Esta calificación se determina valorando cinco criterios simples: coloración de la piel, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio. Consultar el 'GLOSARIO DE TÉRMINOS' para el detalle de la medición.
- La puntuación final tiene una escala de 0 a 10, donde el 0 indica un estado patológico y el 10 un buen estado de salud.
- Completar con cero a la izquierda si la calificación final es de un dígito.

23.2 SILVERMAN (a los 10 minutos)

Registrar la calificación obtenida por el nacido vivo, de acuerdo a la evaluación de su función respiratoria realizada a los 10 minutos del nacimiento.

- Esta calificación se determina a través de cinco parámetros: quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal y movimiento toraco-abdominal. Consultar el 'GLOSARIO DE TÉRMINOS' para el detalle de la medición.
- La puntuación final tiene una escala de 10 a 0, donde el 10 un estado patológico del producto y 0 indica un buen estado de salud al momento del nacimiento.
- Completar con cero a la izquierda si la calificación final es de un dígito.

23. ADAPTACIÓN DE RECIÉN NACIDO EN SUS PRIMEROS MINUTOS

23.1 APGAR (A los 5 minutos)

23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos)

24. Tamiz auditivo

Anotar si se realizó o no al nacido vivo la prueba del tamiz auditivo, marcando la opción que corresponda según sea el caso.

24. TAMIZ AUDITIVO

Si ☐ ₁ No ☒ ₂

25. Aplicación de vacunas y complementos

Verificar para cada opción si la vacuna o complemento fue aplicado al nacido vivo, marcando posteriormente la opción que corresponda según sea el caso.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin respuesta o en blanco.
- Si el certificante no está informado sobre si se aplicaron o no las vacunas y/o vitaminas al nacido vivo, debe contactar al área responsable para que le informe.
- En el caso que no se le haya aplicado al nacido vivo alguna vacuna o vitamina, independientemente de que esto se deba a un desabasto, elegir la opción 'No' donde corresponda.

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| 25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS | 25.1 BCG Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | 25.2 Hepatitis B Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | 25.3 Vitamina A Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | 25.4 Vitamina K Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 |
|---|---|---|--|--|

26. Producto de un embarazo

Indicar si el nacido vivo es producto de un embarazo único, gemelar, de tres o más.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin respuesta.
- En caso de ser un parto gemelar o de tres o más, considerar el total de productos de la gesta, independientemente de su condición de supervivencia; es decir, todos los productos deben ser tomados en cuenta a pesar de que uno o más hayan nacido muertos, o hayan fallecido antes de la expedición del certificado y especifique el número del producto ejemplo: si son un total de 3 y el producto que se certifica es el primero se debe de llenar 1 de 3.

| | |
|---|----------------------|
| 26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO | *Especifique: |
| Único <input type="radio"/> 1 Gemelar* <input type="radio"/> 2 1 Tres o más* <input checked="" type="radio"/> 3 | _____ de _____ |

Nota: Si el embarazo es gemelar o de tres o más, se debe expedir un

Certificado de Nacimiento para cada producto nacido vivo, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento.

27. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o

Si el nacido vivo presenta malformaciones congénitas, lesiones, así como afecciones originadas en el periodo perinatal, anotar en el espacio correspondiente la patología.

- Anotar sólo una patología por cada renglón.
- En caso de detectarse una segunda patología, debe registrarse en primer lugar la que ponga en mayor riesgo la vida del nacido vivo.
- Por ningún motivo puede dejarse en blanco esta variable. Si el nacido vivo no presenta patologías, se debe especificar anotando la frase 'Ninguna aparente' en ambos renglones.
- Respetar el espacio designado para anotar el código CIE que corresponde a la patología descrita.

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

a) Ninguna aparente

b) Ninguna aparente

| CÓDIGO CIE | | | |
|------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

Uso exclusivo
del personal
codificador

Nota: Previo a la captura del Certificado de Nacimiento en el SINAC, personal especializado debe asignar el código correspondiente a cada patología registrada en este apartado, de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

28. Sitio de atención del parto

Indicar el sitio donde ocurrió el nacimiento, si fue en una unidad médica pública o privada, en la vía pública, en el hogar u otro lugar.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin respuesta.

- Si el nacimiento ocurrió en una unidad médica, sea pública o privada (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, IMSS Bienestar u otra unidad pública), elegir la opción correspondiente y pasar a las preguntas 28.1 y 28.2, las cuales no pueden quedar sin respuesta.
- En caso de que el nacimiento haya ocurrido en la vía pública, en el hogar o en otro lugar, las preguntas 28.1 y 28.2 deben dejarse en blanco.

28.1 Nombre de la unidad médica

Especificar el nombre oficial de la unidad médica en la que ocurrió el nacimiento.

- No utilizar abreviaturas.
- Si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica, omitir la respuesta.

Cuando el evento haya ocurrido fuera de la unidad médica (opciones 11, 12 y 13) considera lo siguiente:

11. Hogar.- Seleccionar esta opción solo cuando el evento haya ocurrido en el domicilio de la madre o de algún familiar de la misma.

12. Vía Pública.- Seleccionar esta opción cuando el evento haya ocurrido en un espacio público por donde transiten peatones o circulen vehículos. Por ejemplo: calle, avenida, carretera, camino, plaza, parque, etc.

13. Otro Lugar.- Seleccionar esta opción cuando el evento haya ocurrido en un sitio distinto a los incluidos en las opciones 11 y 12. Por ejemplo: una ambulancia (Cruz Roja) , un inmueble público o privado, teatro, cine, dentro de un transporte público o privado, centro comercial, domicilio de un médico o partera, etc.

Nota. En caso de indicar que el parto ocurrió en una ambulación indique también la institución que pertenece.

28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Registrar la CLUES correspondiente a la unidad médica donde ocurrió el nacimiento.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si esta información se desconoce, consultar al área de estadística de la unidad médica para obtenerla.
- Si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica omitir la respuesta.

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO

Secretaría de Salud ☐1 ISSSTE ☒4 SEDENA ☐6 IMSS ☐2 Otra unidad pública ☐8

IMSS ☐3 PEMEX ☐5 SEMAR ☐7 Unidad médica privada ☐10

28.1 Nombre de la unidad médica
Hospital 20 de Noviembre

28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
D | F | I | S | T | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2

Via pública ☐11 Hogar ☐12
Otro lugar* ☐13

*Especifique: _____

28.3 Tiempo de traslado desde su hogar hasta el sitio de atención del parto

Especificar el tiempo en horas y/o minutos del traslado su hogar de la madre o del lugar donde se encontraba antes de llegar a la unidad médica.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin respuesta.
- Completar con cero a la izquierda si el tiempo es de un dígito

28.3 TIEMPO DE TRASLADO
DESDE SU HOGAR HASTA EL
SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO

0 | 3 | 1 | 2 |
Horas Minutos

29. Resolución del embarazo

Elegir la opción que corresponda al procedimiento que se utilizó para la resolución del embarazo, indicando si fue parto normal (eutócico), con complicaciones (distócico), cesárea o algún otro procedimiento.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin respuesta.

- Si se seleccionó ‘Distócico’ debe elegir si se utilizaron fórceps o no, en el espacio asignado para ello. En caso de elegir la opción ‘Otro’, especificar en el espacio contiguo, sin utilizar abreviaturas, que procedimiento se utilizó.

29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

Eutócico ☒ 1 Distócico ☐ 2 ¿Se usaron fórceps? Si ☐ 1 No ☐ 2 Otro* ☐ 3 | Cesárea ☐ 3 Programada ☐ 1 De urgencia ☐ 2

*Especifique: _____

30. Persona que atendió el parto

Indicar la opción que identifique a la persona que atendió el parto.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin respuesta.
- Si el parto fue atendido por un médico marque la opción ‘Médico’ y enseguida seleccione el tipo de médico (Gineco-obstetra, Otro especialista, Residente, General, Médico Pasante en Servicio Social - MPSS- o Médico Interno de Pregrado -MIP-).
- Si el parto no fue atendido por un ‘Médico’, seleccione la opción que corresponda.
- En caso de seleccionar alguna opción con ‘*’ (‘Otra/o especialista’, ‘Persona autorizada por la Secretaría de Salud’ y ‘Otra/o’), especifique en el espacio asignado para ello, sin utilizar abreviaturas.

30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO

Médica/o ☐ 1 Enfermera/o ☐ 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* ☐ 3 Partera/o* ☐ 4 Otra/o* ☐ 8 _____

Especifique tipo de médica/o Gineco-obstetra ☐ 11 Otro especialista* ☐ 12 Residente ☐ 13 General ☐ 14 MPSS ☐ 15 MIP ☐ 16 _____

*Especifique: _____

31. Domicilio donde ocurrió el nacimiento

Anotar el domicilio completo del lugar donde ocurrió el nacimiento.

- Evite anotar ‘Domicilio Conocido’.

- En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier campo de esta pregunta, anotar la leyenda 'Se ignora'.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la 'Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos' (INEGI-DOF 12/XI/2010).

31.1 Tipo de vialidad

Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad en función del tránsito vehicular y/o peatonal.

- No se deben usar abreviaturas.
- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Peonatol, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

31.2 Nombre de la vialidad

Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.

- No se deben usar abreviaturas
- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Río Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

31.3 Núm. Exterior

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.

- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

31.4 Núm. Interior

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.

- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

31.5 Tipo de asentamiento humano

Clasificación que se da al asentamiento humano.

- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.
- Privilegiar el registro de ‘Colonia’ sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que esta exista.

31.6 Nombre del asentamiento humano

Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.

- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

31.7 Código Postal

Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos.

- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

31.8 Localidad

Registrar el nombre de la localidad correspondiente al domicilio donde ocurrió el nacimiento.

- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.

- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

31.9 Municipio o Alcaldía

Registrar el nombre del municipio o alcaldía (para el caso de la Ciudad de México) correspondiente al domicilio donde ocurrió el nacimiento.

- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Cuauhtémoc, Apodaca, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda ‘Se ignora’.

31.10 Entidad federativa

Anotar el nombre de la entidad federativa correspondiente al domicilio donde ocurrió el nacimiento.

- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.

| | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|----------------|----------------------------------|--|
| 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO | | | | | |
| Avenida | | Félix Cuevas | | 540 | |
| 31.1 Tipo de vialidad | 31.2 Nombre de la vialidad | 31.3 Núm. Ext. | 31.4 Núm. Int. | 31.5 Tipo de asentamiento humano | |
| Del Valle | | Del Valle | | Colonia | |
| 31.6 Nombre del asentamiento humano | | 31.7 Código Postal | | 31.8 Localidad | |
| Benito Juárez | | 03100 | | Del Valle | |
| 31.9 Municipio o Alcaldía | | 31.10 Entidad federativa | | | |
| Distrito Federal | | | | | |

3. Datos del certificante

Las preguntas de esta sección corresponden a los datos de identificación de la persona que expide el Certificado de Nacimiento, así como de la unidad médica en la que éste se expidió en caso que el nacimiento no haya ocurrido en la misma.

- Por ningún motivo deberán dejarse sin respuesta las preguntas de esta sección.
- Los datos que aquí se solicitan son de suma importancia para realizar cualquier aclaración posterior.

32. Nombre

Anotar con letra de molde el nombre completo de la persona que certifica el nacimiento, iniciando por el(los) nombre(s), seguido de los apellidos.

- No utilizar abreviaturas, a menos que se encuentren asentadas en el Acta de Nacimiento del certificante.

32. NOMBRE

Rosario
Nombre (s)

Méndez
Primer Apellido

Salgado
Segundo Apellido

33. Certificado por

Elegir la opción que identifique a la persona que certifica el nacimiento.

- En caso de seleccionar la opción con ‘*’ (‘Otra/o médica/o’, ‘Persona autorizada por la Secretaría de Salud’ o ‘Autoridad civil’), especificar en el espacio correspondiente sin utilizar abreviaturas.
- Si el certificado es llenado por un médico pasante, elegir la opción ‘Persona autorizada por la Secretaría de Salud’ y anotar ‘Médico Pasante’ en la línea para especificar.

33. CERTIFICADO POR

Médica/o pediatra ☒ 1
Partera/o* ☐ 5

Médica/o Gineco-obstetra ☐ 7
Autoridad civil* ☐ 8

Otra/o médica/o* ☐ 2
*Especifique _____

Enfermera/o ☐ 3

Persona autorizada por la
Secretaría de Salud* ☐ 4

34. Si el certificante es profesional de la salud

Cuando la persona que certifica el nacimiento es médico (opciones 1, 2 y 7 de la pregunta 33), anotar en el espacio correspondiente el número de cédula profesional que lo avala como tal.

- Si el certificante no es médico, omitir la respuesta.
- Si el certificante es médico pasante anotar ‘En trámite’.

34. SI EL CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD

Número de cédula profesional

9768021

35. Unidad médica que proporcionó el certificado si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica

Cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y/o fue atendido por personal no facultado para la expedición del Certificado de Nacimiento:

- Si la madre recibió atención prenatal en una unidad médica de alguna institución del SNS, a solicitud de la madre, dicha institución es la responsable de expedir el certificado, siempre y cuando el vínculo madre-hijo(a) pueda ser corroborado por el certificante. En este caso anotar la CLUES de la unidad médica.
- Si la madre no recibió atención prenatal, es responsabilidad de los SESA establecer los mecanismos que garanticen la expedición del Certificado de Nacimiento, siempre y cuando el vínculo madre-hijo(a) pueda ser corroborado por el certificante. En este caso si el Certificado fue expedido en una unidad médica, anotar la CLUES respectiva.
- La respuesta a esta pregunta debe omitirse cuando el nacimiento haya ocurrido en una unidad médica, ya sea pública o privada.

35.1 Nombre de la unidad médica

Especificar el nombre oficial de la unidad médica que expide el Certificado de Nacimiento, siempre y cuando el nacimiento haya ocurrido fuera de una unidad médica del SNS.

- No utilizar abreviaturas.

35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Registrar la CLUES correspondiente a la unidad médica que expide el Certificado de Nacimiento, siempre y cuando el nacimiento haya ocurrido fuera de una unidad médica del SNS.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si se desconoce la información, consultar al área de estadística de la unidad médica para obtenerla.

36. Domicilio y Teléfono

Anotar el domicilio completo donde se localiza habitualmente la persona que certifica el nacimiento, así como el número telefónico donde se le puede localizar.

- Esta información no podrá ser ignorada ni omitida.
- En caso de que el nacimiento haya ocurrido en una unidad médica y el certificante esté adscrito a ésta, anotar los datos del domicilio de la misma.
- Los datos personales están protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la 'Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos' (INEGI-DOF 12/XI/2010).

36.1 Tipo de vialidad

Se refiere a la clasificación que se le da a la vialidad, en función del tránsito vehicular y/o peatonal.

- Ejemplo: Avenida, Boulevard, Calzada, Calle, Callejón, Cerrada, Circuito, Circunvalación, Continuación, Corredor, Diagonal, Eje Vial, Pasaje, Ppeatonal, Periférico, Privada, Prolongación, Retorno, Viaducto, entre otros.

36.2 Nombre de la vialidad

Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.

- No se deben usar abreviaturas.

- Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Rio Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

36.3 Núm. Exterior

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.

- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

36.4 Núm. Interior

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.

- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

36.5 Tipo de asentamiento humano

Clasificación que se da al asentamiento humano.

- Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.
- Privilegiar el registro de ‘Colonia’ sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que esta exista.

36.6 Nombre del asentamiento humano

Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.

- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros

36.7 Código Postal

Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.
- Anotar un dígito en cada espacio.

36.8 Localidad

Registrar el nombre de la localidad correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

36.9 Municipio o Alcaldía

Registrar el nombre del municipio o alcaldía (para el caso de la Ciudad de México) correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda 'Se ignora'.

36.10 Entidad federativa

Anotar el nombre de la entidad federativa correspondiente al domicilio del certificante.

- Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.

36.11 Teléfono

Número telefónico donde se pueda localizar al certificante.

- El número telefónico debe ser anotado a 10 dígitos, uno en cada

espacio.

- El certificante debe anotar el número telefónico, donde puede ser localizado, si el nacimiento ocurrió dentro de una unidad médica anotar el teléfono de la misma.

36. DOMICILIO Y TELÉFONO

| | | | | | | | |
|----------------------------------|------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|-----|----------------|--|
| 36.1 Tipo de vialidad | Avenida | 36.2 Nombre de la vialidad | Félix Cuevas | 36.3 Núm. Ext. | 540 | 36.4 Núm. Int. | |
| 36.5 Tipo de asentamiento humano | Colonia | 36.6 Nombre del asentamiento humano | Del Valle | 36.7 Código Postal 018191010 | | | |
| 36.8 Localidad | Del Valle | 36.9 Municipio o Alcaldía | | Benito Juárez | | | |
| 36.10 Entidad federativa | Distrito federal | 36.11 Teléfono | | 5555384576 | | | |

37. Firma

La persona que certifica el nacimiento debe plasmar su firma autógrafa en este espacio, haciendo constar que es el responsable de la información contenida en el documento. Para el caso del CEN, el certificante firmará el mismo electrónicamente, de acuerdo a lo establecido en el eSINAC.

- El Certificado se considerará inválido sin ésta firma.
- El certificante debe firmar en original cada uno de los 3 tantos que componen el Certificado de Nacimiento.
- Utilizar únicamente BOLÍGRAFO. No usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares.

38. Fecha de certificación

Anotar el día, mes y año correspondiente a la fecha en la que el Certificado es expedido.

- Por ningún motivo debe confundirse con la fecha en la que el Certificado es entregado a la madre.
- Esta información no puede desconocerse, dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando ceros a la izquierda si el número del día y/o del mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9).
- Colocar un sólo dígito en cada espacio.

38. FECHA DE CERTIFICACIÓN

| | | | | | | | |
|-----|---|-----|---|-----|---|---|---|
| 2 | 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| Día | | Mes | | Año | | | |

Nota: Si el nacimiento ocurrió en una unidad médica, el certificado debe expedirse dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.

4. Otros métodos de identificación

En esta sección se plasman los elementos que permiten la identificación de la madre, así como de la unidad médica que avala la certificación.

SIN ESTA INFORMACIÓN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO NO TIENE VALIDEZ

Consulte las siguientes excepciones:

Huella del dedo pulgar derecho de la madre

- Plasmar la huella del dedo pulgar de la mano derecha de la madre.
- No se requiere una tinta especial.
- En caso de que la madre no cuente con la extremidad derecha, plasme la huella del dedo pulgar de la mano izquierda. Si carece de ambos, colocar una 'X'.
- Al plasmar la huella evite encimarla con la firma de la madre o invadir el espacio para la misma.
- Si la madre está hospitalizada e imposibilitada para firmar, debe dejar

en blanco el espacio para la firma y anexar un documento que compruebe lo antes mencionado.

- Si la madre falleció, este espacio debe quedar en blanco, debiendo anexar una copia fotostática del Certificado o del Acta de Defunción.
- En el caso extraordinario de que el nacido vivo se encuentre en situación de desamparo, este espacio debe quedar en blanco.

Firma de la madre o gestante

Solicitar a la madre del nacido vivo que registre su firma.

- Previo a la firma de la madre, ésta debe revisar el contenido del Certificado y manifestar su conformidad con la información anotada. Cuando la madre no sepa leer y escribir, el certificante debe dar lectura completa del mismo, a fin de que ella conozca y apruebe la información registrada en el mismo.
- La madre debe firmar en original cada uno de los 3 tantos que componen el Certificado de Nacimiento para tener mejor legibilidad de la firma.
- Si la madre no sabe leer y escribir, en este espacio debe plasmarse nuevamente la huella del pulgar de la mano derecha.
- Utilizar únicamente BOLÍGRAFO. No usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares.
- Si la madre está hospitalizada e imposibilitada para firmar, debe dejar en blanco el espacio para la firma y anexar un documento que compruebe lo antes mencionado.
- Si la madre falleció, este espacio debe quedar en blanco, debiendo anexar una copia fotostática del Certificado o del Acta de Defunción.
- En el caso extraordinario de que el nacido vivo se encuentre en situación de desamparo, este espacio debe quedar en blanco.

Sello oficial de la unidad médica que certificó

Si el certificado es expedido en una unidad médica, plasmar el sello oficial de la misma. Para el caso del CEN, el certificante generara un sello electrónico, de acuerdo a lo establecido en el eSINAC.

- No se requiere una tinta especial.
- Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica no es necesario el sello de la unidad médica, para este caso el espacio debe quedar en blanco.

5. Fe de erratas

En este apartado se pueden realizar correcciones a la información anotada en las tres primeras secciones del Certificado de Nacimiento y con ello evitar cuando sea posible, la cancelación del formato por error de llenado. La Fe de erratas no se utiliza en el CEN, cuando se tenga uno o varios errores en este, se debe cancelar y emitir uno nuevo.

INSTRUCCIONES

- La FE DE ERRATAS, se encuentra en la parte posterior del Certificado de Nacimiento.
- Solo se pueden corregir 3 errores.
- En caso de que el Certificado de Nacimiento tenga más de 3 errores se debe cancelar y expedir uno nuevo.
- Se debe de usar un renglón para cada corrección a realizar.
- Los renglones que no se utilicen se deben cancelar con al menos una raya en diagonal que atraviese todo el renglón.
- Para cada corrección, anotar el número de la pregunta en la que se cometió el error y en el espacio para la 'corrección' especificar dicho error, indicando lo que **dice** y **debe decir**.

- Cuando esta sección sea utilizada:
 - Es importante que las correcciones que se realicen al Certificado de Nacimiento original, también deben de plasmarse en las 2 hojas restantes (rosa y azul), para que la información modificada quede asentada en los 3 tantos
 - La persona que certificó el nacimiento debe realizar las correcciones, anotando su (Nombre(s) y Apellidos) como responsable de la corrección y firmar en el espacio designado.
 - Si el certificante no puede ser localizado para realizar la(s) corrección(es), el Director de la unidad médica será el responsable de realizar las correcciones o en dado caso puede designar a otra persona para este fin (por ejemplo, al representante legal, Jefe de Toco cirugía en turno, etc.).
 - Poner el sello oficial de la unidad médica en la parte asignada en la FE DE ERRATAS, dando legalidad a que el certificado fue corregido por la persona correspondiente.
 - En caso de que la certificación se haya realizado y corregido fuera de una unidad médica, por personal autorizado por la Secretaría de Salud, este sello puede omitirse, por ejemplo:
 - Cuando sea corregido por una partera.
 - Cuando sea un médico particular que no cuente con sello.
 - Si al momento de la entrega del Certificado a los interesados no se detecta ningún error, este apartado debe dejarse en blanco, para correcciones necesarias posteriores.

RESTRICCIONES

- Para realizar correcciones en la pregunta 'NOMBRE DE LA MADRE', sólo aplicarán cambios debidos a:

- Errores ortográficos en nombres o apellidos.
- Errores por anotar los nombres o apellidos con abreviaturas.
- Errores de omisión al no anotar algún nombre o apellido, cuando la madre tiene más de uno.
- **Por ningún motivo se podrá corregir el nombre completo de la madre (Nombre(s) y Apellidos).**
- Las correcciones realizadas en esta sección serán inválidas si:
 - Si el apartado 'FE DE ERRATAS' no está debidamente firmado y sellado, de acuerdo a las instrucciones antes mencionadas.
 - El formato presenta tachaduras y/o enmendaduras en cualquier parte del mismo.

EJEMPLOS

1. Un error:

- En la pregunta 1, se anotó 'Ma.' y en el Acta de Nacimiento viene asentado como 'María'.

| FE DE ERRATAS En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre: nombre(s) y apellidos. | | | Sello oficial de la Unidad Médica |
|--|-----------|---------------------------------------|---|
| 1) Núm. de pregunta: | 1 | Corrección: Dice Ma. debe decir María | <div>Sello Oficial</div> <div>Firma</div> |
| 2) Núm. de pregunta: | | Corrección: | |
| 3) Núm. de pregunta: | | Corrección: | |
| Responsable de la corrección: | Daniela | Ibarra | Peralta |
| | Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| | | | Firma |

2. Dos errores:

- En la pregunta 1, se anotó como apellido paterno 'Espinoza' y en el Acta de Nacimiento viene asentado como 'Espinosa'.
- En la pregunta 3, se registró como fecha de nacimiento de la madre: '02/03/2014', cuando la fecha correcta tal como viene en su Acta de Nacimiento, es: '02/03/1973'.

| FE DE ERRATAS En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre: nombre(s) y apellidos. | | | Sello oficial de la Unidad Médica |
|--|-----------|---|---|
| 1) Núm. de pregunta: | 1 | Corrección: Dice Espinoza debe decir Espinosa | <div>Sello Oficial</div> <div>Firma</div> |
| 2) Núm. de pregunta: | 3 | Corrección: Dice 02/03/2014 debe decir 02/03/1973 | |
| 3) Núm. de pregunta: | | Corrección: | |
| Responsable de la corrección: | Daniel | Ibarra | Peralta |
| | Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| | | | Firma |

IX. Glosario de Términos y Abreviaturas

Términos

Aborto.- Interrupción del embarazo en cualquier momento desde la fecundación hasta antes de las 22 semanas completas de gestación. Puede ser espontáneo o provocado.

Acta.- Forma debidamente autorizada por un Juez y firmada por quienes en ella haya intervenido, en la que se hace constar un hecho o acto del estado civil.

Acta circunstanciada de hechos.- Documento en el que se hace constar una relatoría de hechos, las circunstancias y forma en que ocurrieron, de tiempo, modo y lugar.

Anomalía congénita.- Toda alteración morfológica o funcional, presente al nacimiento y ocurrida al momento de la concepción o durante el desarrollo del embarazo.

APGAR.- Valoración de APGAR: Primer examen que se realiza al nacido vivo. Método simple y reproducible, generalmente se realiza al minuto y a los cinco minutos posteriores al nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples en una escala que va de cero a dos, y sumando los cinco valores obtenidos. Mientras mayor sea el puntaje, mejor pronóstico para el nacido vivo.

| Parámetro | Puntaje | | |
|---|--|-------------------------------|---|
| | 0 | 1 | 2 |
| Frecuencia Cardíaca | Ausente (sin pulso) | < 100 latidos por minuto | Normal (> 100 latidos por minuto) |
| Esfuerzo respiratorio | Ausente (sin respiración) | Respiración lenta o irregular | Normal |
| Tono muscular | Ninguno, flacidez | Ligera flexión | Movimiento activo |
| Irritabilidad (respuesta refleja) | Ausente (no responde a estímulos) | Llanto leve al estimularse | Los estornudos y la tos desaparecen al ser estimulado |
| Apariencia (coloración de la piel) | Coloración azul grisácea o palidez en todo el cuerpo | Extremidades azules | Normal |

Área responsable de la distribución.- Área designada para la distribución de los formatos del Certificado de Nacimiento por cada entidad federativa y/o Institución del Sector Salud.

Atención Prenatal.- Consultas médicas de vigilancia efectuadas durante la gestación, con el fin de verificar la evolución del embarazo y para asegurar el buen estado de salud de la madre y del (de la) niño (a); o para detectar tempranamente cualquier anomalía y brindar el tratamiento más adecuado.

Aplicación de vitamina A (Retinol).- Se aplica para la prevención y tratamiento de la deficiencia de vitamina A, que puede ocasionar queratomalacia, xerolftamia y ceguera nocturna. En la prevención de las complicaciones del sarampión, entre otros síndromes se encuentra la mala absorción en niños que se alimentan con leche no fortificada.

Aplicación de vitamina K (Fitomenadiona – K1).- Se recomienda administrar de forma rutinaria, inmediatamente después del nacimiento, dosis única de 0.5 – 1 mg., vía IM, para prevenir la enfermedad hemorrágica en el neonato y el aumento de casos de hiperbilirrubinemia.

Capurro.- Este método fue obtenido mediante un estudio protocolizado prospectivo basado en el trabajo de Dubowitz y tiene dos formas de evaluación:

1. Capurro A.







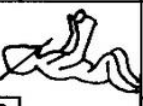

El método está basado en cinco parámetros clínicos y dos parámetros neurológicos y presenta un margen de error de $\pm 8,4$ días cuando es realizado por un explorador entrenado. Los signos que se han de evaluar son los siguientes:

a. Somáticos:

- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Forma del pabellón auricular.
- Tamaño del nódulo mamario.
- Surcos plantares

b. Neurológicos:

- Signo de la bufanda.
- Caída de la cabeza.

| | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---|---|---|--|---|
| SOMATICO K= 204 dias | A | FORMA DEL PEZON . | Pezón- apenas visible. No se visualiza Areola. | Pezón bien definido Areola- 0.75 cm. | Areola bien definida . No sobresaliente. 0.75 cm. | Areola sobresaliente. 0.75 cm. | |
| | | | 0 | 5 | 10 | 15 | |
| | | TEXTURA DE LA PIEL . | Muy fina Gelatinosa . | Fina y Lisa | Lisa y moderada- descamación superficial. | Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial. | Gruesa y Apergamina- da. |
| | | | 0 | 5 | 10 | 18 | 22 |
| | | FORMA DE LA OREJA . | Plana y sin forma . | Inicia engrosamiento del borde . | Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior. | Engrosada e incurvada totalmente. | |
| | | | 0 | 5 | 10 | 24 | |
| | K= 200 dias | TAMAÑO DEL TENDON MAMARIO . | No palpable | Diámetro 0.5 cm. | Diámetro 0.5-1.0 cm. | Diámetro >1.0 cm. | |
| | | | 0 | 5 | 10 | 15 | |
| | | PLIEGUES PLANTA - RES . | Ausentes | Pequeños surcos rojos en mitad anterior. | Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1 /3 anterior . | Surcos sobre mitad anterior. | Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior. |
| | | | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 |
| K= 200 dias | SIGNO : "DE LA BUFANDA" | |  |  |  |  | |
| | SIGNO : "CABEZA EN GOTA" | |  |  |  |  | |

2. Capurro B

Este método es el Capurro inicial simplificado por clínicos pediatras y bioestadísticos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), en Uruguay y utiliza cinco características físicas externas; suprime los dos parámetros neurológicos. Este es el método ideal que se ha de utilizar si el recién nacido presenta depresión neurológica; presenta un margen de error de $\pm 9,2$ días y los signos que se han de evaluar son los siguientes:

a. Somáticos:

- Forma de la oreja.
- Tamaño de la glándula mamaria.
- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Pliegues plantares.

Para realizar el cálculo de la edad gestacional, se procede igual al Capurro A, pero utilizando la constante K = 204.

Edad gestacional (días) = 204 + Total de puntos

La edad gestacional en días y en semanas se relacionan entre sí de la forma siguiente:

- Menos de 259 días o menos de 37 semanas.
- De 259 a 297 días o entre 37 y 41 semanas.
- Con 297 días y más o 42 semanas y más.

- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Forma de pabellón auricular.
- Tamaño del nódulo mamario.
- Surcos plantares

| B Signos | | | | | | |
|------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|---|---|---|
| Somáticos | Formación del pezón | Pezón apenas visible, no aréola 0 | Pezón bien definido, aréola < 0,75 cm 5 | Aréola punteada no hace relieve > 0,75 cm 10 | Aréola hace relieve > 0,75 cm 15 | |
| | Textura de la piel | Fina, gelatinosa 0 | Fina, suave 5 | Suave, de mediano espesor, descarnación superficial 10 | Levemente engrosada, descarnación y grietas superficiales en manos y pies 15 | Gruesa como pergamino 20 |
| | Forma del pabellón auricular | Planas sin forma 0 | Parte del borde incurvada 8 | Parcialmente incurvado en toda la parte superior 16 | Bien definida la incurvación del pabellón 24 | |
| | Tamaño del nódulo mamario | Puntiforme o no hay 0 | diámetro < 0,5 cm 5 | diámetro 0,5 a 1 cm 10 | diámetro > 1 cm 15 | |
| | Surcos plantares | No pliegues 0 | Débiles marcas rojas encima de mitad anterior 5 | Marcas definidas en mitad anterior, surcos en tercio anterior 10 | Surcos en mitad anterior 15 | Muescas profundas en más de la mitad anterior 20 |
| K: 204 | | | | | | |

Certificante.- Persona autorizada para registrar datos y dar constancia de la autenticidad de los mismos. En el caso que nos ocupa, se constituyen como certificantes autorizados para llenar el Certificado de Nacimiento las siguientes personas: médico con cédula profesional que atiende al nacido vivo; partera tradicional registrada por alguna institución del Sector Salud que atiende el parto y al nacido vivo; médico, enfermera y auxiliar de salud de unidades móviles de instituciones públicas del sector salud.

Certificado.- Documento de acreditación emitido por una entidad o un particular debidamente autorizado. Garantiza que determinado dato pertenece realmente a quien se supone.

Certificado de Nacimiento.- Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho. El Certificado de Nacimiento es requisito indispensable para el trámite del Acta de Nacimiento y no debe ser confundido con ésta, por lo tanto no puede ser utilizado en sustitución o como complemento de la misma para fines legales o administrativos.

Constancia de hechos.- Registro a través del cual se establece la veracidad y/o autenticidad de algún hecho.

Defunción fetal.- Muerte de un producto de la concepción antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria.

Denuncia de hechos.- Medio a través del cual las personas hacen del conocimiento del Ministerio Público la comisión de hechos que puedan constituir un delito.

Estadísticas vitales.- Recuento de hechos o sucesos que le ocurren a la población o a un segmento de ella, los cuales pueden registrarse conforme ocurren, señalando el momento y lugar en que sucedieron. Algunos hechos vitales que se recogen en las estadísticas vitales son: los nacimientos, las defunciones, los matrimonios, los divorcios.

Edad gestacional.- Tiempo medido en semanas, transcurrido desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que ocurre la expulsión del producto del cuerpo de la madre (ya sea aborto, muerte fetal o nacido vivo). Un embarazo de gestación normal es de aproximadamente 40 semanas, con un rango normal de 38 a 42 semanas.

Emisiones otoacústicas (EOA).- Sonidos generados por las células ciliadas de la coclea que indican función normal de esas estructuras. Pueden registrarse de manera rápida y segura por medio de equipos electroacústicos especiales. Los resultados otorgados por este examen son entregados como PASS (función auditiva normal que no requieren mayor estudio) y REFER (sospecha de hipoacusia o sordera, que requieren de estudios específicos para la confirmación o diagnóstico).

eSINAC.- Sistema electrónico establecido y administrado por la DGIS, que forma parte del componente de nacimientos del Sistema Nacional de Información en Salud, mediante el cual de manera única y exclusiva se expide y valida un CEN.

Gestación.- Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

Hipoacusia.- Se refiere a la disminución o pérdida de la capacidad auditiva de una persona, medido en decibeles (db).

Manual.- Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de organización.

Manual de llenado.- Documento que contiene la información e instrucciones necesarias para el correcto registro de datos en un formato específico, en este caso del Certificado de Nacimiento.

Mola.- Es una masa o tumor poco común, producto de la concepción, que se forma en el interior del útero al comienzo del embarazo. Resulta de la sobreproducción de tejido que se supone forma la placenta, y con frecuencia no existe un feto en absoluto.

Nacido vivo.- Expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Silverman-Andersen.- Indicador del estado de salud respiratoria del nacido vivo. Se valora a los cinco minutos del nacimiento. Evalúa cinco parámetros respiratorios y les asigna un puntaje que va de 0 a 2; la sumatoria de los puntajes de los cinco parámetros arroja la valoración de Silverman-Andersen. Mientras mayor sea el puntaje peor es el pronóstico.

| Signo | Puntaje | | |
|--------------------------------------|--------------------|--|--------------------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Movimientos Toracoabdominales | Rítmicos regulares | y Tórax inmóvil, abdomen en movimiento | Tórax y abdomen en sube y baja |
| Tiro intercostal | No hay | Discreto | Acentuado y constante |
| Retracción xifoidea | No hay | Discreta | Muy marcada |
| Aleteo nasal | No hay | Discreto | Muy acentuado |
| Quejido respiratorio | No hay | Leve e inconstante | Constante y acentuado |

Sexo.- Característica biológica que distingue a las personas en hombres o mujeres.

Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).- Forma parte del Sistema Nacional de Información en Salud para la generación de estadísticas reales y oportunas sobre el número de nacimientos que ocurren en el país, minimizando el registro extemporáneo y el subregistro, conociendo mejor los aspectos epidemiológicos de los nacidos vivos y aportando elementos para el seguimiento y evaluación de programas de salud materno-infantil.

Tamiz Auditivo.- Prueba que permite identificar si el nacido vivo presenta sospecha de hipoacusia o sordera; se realiza en forma bilateral con un equipo de Emisiones Otoacústicas (EOA) en base a los potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, esto impedirá profundos efectos en el desarrollo cognitivo, del habla y de lenguaje.

Vacuna BCG.- Agente de inmunización activa preparado a partir del bacilo de Calmette-Guérin. Normalmente se prescribe para la inmunización contra la tuberculosis.

Vacuna de Hepatitis B.- Vacuna que se aplica en todo nacido vivo, con un proceso de 3 dosis inyectable (con sus intervalos de tiempo), para prevenir la hepatitis B y las graves consecuencias que esta enfermedad genera como el carcinoma hepatocelular.

Abreviaturas

| Abreviatura | Descripción |
|---------------|---|
| CEMECE | Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades |
| CEN | Certificado Electrónico de Nacimiento |
| CIE | Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud |
| CLUES | Clave Única de Establecimientos de Salud |
| CN | Certificado de Nacimiento |
| CONAPO | Consejo Nacional de Población |
| CTESS | Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud |
| DGIS | Dirección General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud |
| DIF | Desarrollo Integral para la Familia |
| DOF | Diario Oficial de la Federación |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INEGI | Instituto Nacional de Estadística y Geografía |
| ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| LGS | Ley General de Salud |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos |
| RMM | Razón de Mortalidad Materna |
| RENAPO | Registro Nacional de Población e Identificación Personal |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa Nacional |
| SEMAR | Secretaría de Marina y Armada de México |
| SEGOB | Secretaría Gobernación |
| SESA | Servicios Estatales de Salud |
| SINAC | Subsistema de Información sobre Nacimientos |
| SINAIS | Sistema Nacional de Información en Salud |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| TMI | Tasa de Mortalidad Infantil |
| UM | Unidad Médica |

X. Bibliografía

Comité de Información. Dirección General de Tecnología de Información. Centro de Documentación Institucional. Manual para la Operación de Archivos Administrativos. México, 2004.

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990. Ginebra, 1989.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Dirección General de Estadísticas. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Síntesis Metodológica de las Estadísticas Vitales. México, 2003.

Normas y Procedimientos de Neonatología. Versión 2009, publicada por el Instituto Nacional de Perinatología.

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a revisión. Washington, D.C.: OPS, 1995.

Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Certificado de Nacimiento. México, 1992.

Capítulo 2. EVALUACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL. Dra. Dulce María Reyes Izquierdo.

Cuadro General de Clasificación Archivística y Catálogo de Disposición Documental de la Secretaría de Salud. Publicado el 20 de Septiembre de 2012.



www.salud.gob.mx
www.dgis.salud.gob.mx