

DOF: 26/12/2024**ACUERDO por el que se modifican los modelos de los formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicados el 27 de agosto de 2014.****Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Salud.- Secretaría de Salud.**

DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 104, fracción I, 106, 107, 389, fracción I Bis, 389 Bis, 389 Bis 1, 391 bis y 392 de la Ley General de Salud; 90 Bis 1, 90 Bis 2, 90 Bis 3, 90 Bis 4 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 6 y 7, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que, los artículos 104 y 105 de la Ley General de Salud prevén que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, al amparo de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, captarán, producirán y procesarán, entre otros, la información relativa a las estadísticas de natalidad, a fin de integrarlas al proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud y, con ello, contribuir a la consolidación de un sistema nacional de información en salud;

Que, el artículo 106 de la Ley General de Salud dispone que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios y las autoridades de los pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas, cuando proceda, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que generen y manejen la información de natalidad, deberán suministrarla a la Secretaría de Salud, con la periodicidad y en los términos que ésta señale, para la elaboración de las estadísticas nacionales para la salud;

Que, los artículos 389, fracción I Bis, 389 Bis, 389 Bis 1 y 392 de la Ley General de Salud, y 90 Bis 1 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, prevén que el certificado de nacimiento se extenderá en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud, los cuales se darán a conocer mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación;

Que, el numeral 11.12 de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, señala que el diseño, impresión, modificación, actualización y distribución a las entidades federativas del certificado de nacimiento corresponde a la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información en Salud, la cual quinquenalmente, de conformidad con las necesidades, y de común acuerdo con los integrantes del Sistema Nacional de Salud y disposiciones jurídicas aplicables, determinará sus modificaciones y actualizaciones;

Que, en términos de lo anterior, el 27 de agosto de 2014, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, mismo que fue modificado, en lo relativo a sus Anexos, mediante diverso publicado, en dicho medio de difusión oficial, el 17 de abril de 2015;

Que, el 10 de diciembre de 2019, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se modifican los modelos de los formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicado el 27 de agosto de 2014, por el que se dio a conocer las actualizaciones de los formatos para la expedición del certificado de nacimiento que sustituyeron, en alcance y contenido, a los dados a conocer mediante Acuerdo publicado 27 de agosto de 2014 y de su modificatorio publicado el 17 de abril de 2015;

Que, en la Segunda Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud, celebrada el 05 de julio de 2024, la Dirección General de Información en Salud dio a conocer la versión final del Certificado de Nacimiento, modelo 2025, el cual refleja las modificaciones y actualizaciones propuestas por los integrantes del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de mantenerlo actualizado, en sus versiones impresa y electrónica, atendiendo que la información que se deriva del mismo se concentra en el Subsistema de Información sobre Nacimientos, el cual ha sido determinado como información de interés nacional en el marco del sector salud por la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, mediante Acuerdo publicado, en el Diario Oficial de la Federación, el 23 de mayo de 2013, y

Que, con la finalidad de contar con información actualizada para su análisis, explotación y aprovechamiento, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO POR EL QUE SE MODIFICAN LOS MODELOS DE LOS FORMATOS PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO, PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE AGOSTO DE 2014

ÚNICO. Se dan a conocer los modelos de los formatos para la expedición del certificado de nacimiento que sustituyen en alcance y contenido a los Anexos 1 y 2 comprendidos en el Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de agosto de 2014 y en su último modificatorio publicado, en el mismo medio oficial de difusión, el 10 de diciembre de 2019.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del 01 de enero de 2025.

SEGUNDO. Los modelos de los formatos del certificado de nacimiento señalados en el Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicado en el Diario Oficial de la

Federación el 27 de agosto de 2014, modificados mediante acuerdo publicado, en el Diario Oficial de la Federación, el 10 de diciembre de 2019, se podrán seguir utilizando hasta agotar su existencia.

TERCERO: Los modelos de los formatos del certificado de nacimiento publicados en el Diario Oficial de la Federación mediante el Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicado el 27 de agosto de 2014 y modificados por Acuerdo publicado el 17 de abril del 2015 en dicho medio oficial de difusión, perderán su vigencia y efectos al día en que entre en vigencia el presente Acuerdo.

Dado en la Ciudad de México, a los 19 días del mes de diciembre de 2024.- El Secretario de Salud, **David Kershenobich Stalnikowitz**.- Rúbrica.

ANEXO 1 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2025
FOLIO

999999999

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS, POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4. PÁRRAFO 8VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Formulario de datos de la madre o persona gestante, datos de la (del) nacido/a vivo/a y del nacimiento, y datos de la (del) certificante. Incluye secciones para nombre, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, embarazo, parto, y domicilio.



999999999

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE
FIRMA DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE
SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o persona gestante-hija/o.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o persona gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o una constancia de vecindad.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo/a nacido/a viva/o en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (é) nacido/a viva/o después del parto, cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada nacido/a viva/o, elabore tantos certificados como nacidas/os vivas/os resulten del nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega **no debe ser condicionada** bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o persona 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 persona 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 persona gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados en el registro civil.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los campos sean llenados utilizando el mismo método. No use abreviaturas.
- En caso del llenado a mano, escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras; para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiones deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
- Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla: Si existe una opción "Se Ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas llene con "nueves" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se Ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0,1,2,...,9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato DD/MM/AA, completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2020) anote: 06/05/2020.
- Para las preguntas con opciones que tengan " * " (asterisco), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: tipo de vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vía (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio correcto".
- 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 de Llenado del Certificado de Nacimiento** vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o persona 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 persona 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 persona gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o persona gestante y la fecha de nacimiento de la (del) nacido/a viva/o.
- 5) CONDICIÓN POBLACIONAL.** 5.1 Marque si la madre o persona gestante se considera o no indígena. 5.2 Indique si la madre o persona gestante habla o no alguna lengua indígena, en caso afirmativo, especifique cuál. 5.3 Marque si la madre o persona gestante se considera o no afroamericana o afrodescendiente. 5.4 Marque si la madre o persona gestante es o no migrante.
- 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 persona gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidas/os vivas/os, nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir éste último embarazo.
- 9) NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), si la madre o persona gestante, no ha tenido hijas/os nacidas/os muertas/os, anote 0. Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidas/os vivas/os que ha tenido la madre o persona gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de estos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (é) nacido/a viva/o que se está certificando.
- 10) LA (É) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (é) hija/o anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si está viva o no. Si la (é) hija/o anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otras/os hijas/os".
- 11) ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (é) nacido/a viva/o que se certifica, considerándolo como la (é) última/o del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o persona gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidas/os vivas/os como a las (los) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada nacimiento.
- 12) AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o persona gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o persona gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 12.1. Cuando la madre o persona gestante tenga al menos una derechohabencia o afiliación, anotar en 12.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una derechohabencia o afiliación consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 13) ATENCIÓN PRENATAL.** 13.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 13.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 13.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 14) ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O?** Seleccione "No", si la madre o persona gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 14.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o persona gestante.
- 15) ¿DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ HABITUALMENTE?** Esta pregunta hace referencia al consumo de cualquier bebida que contenga alcohol. Marque "Sí", si la madre o persona gestante fumó de manera habitual tabaco durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
- 16) DURANTE EL EMBARAZO CONSUMIÓ ALCOHOL?** Esta pregunta hace referencia al consumo de cualquier bebida que contenga alcohol. Marque "Sí", si la madre o persona gestante ingirió alcohol durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
- 17) ESCOLARIDAD.** Si la madre o persona 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 17.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 17.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- 18) OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o persona gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 18.1 marque la opción "Sí" cuando la madre o persona 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 persona gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- 19) EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre de la (del) recién nacido/a, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
- 20) 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 horas:minutos; H:MM, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió el día 06 de julio de 2017 a las doce de la noche con 5 minutos, anote: 06/07/2017 01:05).
- 21) EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por caprurio, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o persona gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 22) PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacido/a viva/o expresado en gramos (ej. Si la (é) nacido/a viva/o pesa 2 Kilos 350 gramos, anote: 2350 gramos).
- 24) PERÍMETRO CEFÁLICO.** Registrar en centímetros la circunferencia de la cabeza de la (del) nacido/a viva/o. Anote (ej. 42) Centímetros).
- 25) SEXO.** Al momento de la expedición del certificado, si logra identificar el sexo de la (del) nacido/a viva/o, marque la casilla correspondiente (Hombre o Mujer). Si no es posible identificar el sexo de la (del) nacido/a viva/o, marque la casilla "No Especificado".
- 27) PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidas/os vivas/os o muertas/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacido/a viva/o, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupa la (é) nacido/a en este parto, si es el segundo producto, poner **2 de 2**.
- 29) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O.** Si la (é) nacido/a viva/o presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar anomalías congénitas, enfermedades o lesiones, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente". Deje en blanco el recuadro sombreado en gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente.
- 32) RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este caso, indicar si se usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- 33) PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo: Gineco-obstetra, Otra/o especialista, Residente, General, Médico/a Pasante en Servicio Social, Médico Pasante en Servicio Social (MPSS) o Médico/a Interno de Pregrado (MIP). Si el parto fue atendido por una (un) enfermera/o, debe especificar el tipo: General, Obstétrica/o, Perinatal o Neonatal. Si el parto fue atendido por una (un) partera/o, debe especificar el tipo: Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 35) CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable del certificado de nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) enfermera/o, especifique el tipo: General, Obstétrica/o, Perinatal o Neonatal). Si el certificado es llenado por una (un) partera/o, especifique el tipo: Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Si el certificado es llenado por una (un) Médico/a Pasante en Servicio Social (MPSS), seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico/a Pasante" en el espacio para especificar. Cuando marque opciones con " * " , especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 37) UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA.** Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 37.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 37.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o persona gestante: nombre(s) y apellidos.		Sello oficial de la Unidad Médica
1) Núm. de pregunta: _____	Corrección: _____	
2) Núm. de pregunta: _____	Corrección: _____	
3) Núm. de pregunta: _____	Corrección: _____	
Responsable de la corrección:	Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	Firma _____



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

Modelo 2025
FOLIO

999999999

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS, POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO 8VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Formulario de datos de la madre o persona gestante, datos de la madre o persona gestante, datos de la (del) nacido/a vivo/a y del nacimiento, datos de la (del) nacido/a vivo/a y del nacimiento, datos de la (del) certificado, huella del dedo pulgar derecho de la madre o persona gestante, firma de la madre o persona gestante, sello oficial de la unidad médica certificante.

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o persona gestante-hija/o.
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o persona gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o una constancia de vecindad.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a toda/o nacida/o viva/o en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (é) nacida/o viva/o después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada nacida/o viva/o, elabore tantos certificados como nacidas/os vivas/os resulten del nacimiento.
- Una vez expedido el certificado, la entrega **no debe ser condicionada** bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o persona 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 persona gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliese con la información proporcionada por la madre o persona gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados en el registro civil.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los campos sean llenados utilizando el mismo método. No use abreviaturas.
- En caso del llenado a mano, escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras, para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiones deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
- Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla: Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas llene con "nueves" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se ignora".
- Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0,1,2,...9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
- En los campos de fecha debe utilizarse el formato D,0,M,MM,AAA, completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2020) anote:06,05,20,20,00.
- 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 vialidad (ej. Calle, Avenida, Carrino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vialidad, Núm. exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5).
- Para el asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, 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 de Llenado del Certificado de Nacimiento** vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1) NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre o persona 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 persona gestante. Si nació en el extranjero, deje en blanco la pregunta Municipio o Alcaldía y anote el nombre del país en la "Entidad Federativa".
- 3) EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre o persona gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o persona gestante y la fecha de nacimiento de la (de) nacida/o viva/o.
- 5) CONDICIÓN POBLACIONAL.** 5.1 Marque si la madre o persona gestante se considera o no indígena. 5.2 Indique si la madre o persona gestante habla o no alguna lengua indígena, en caso afirmativo, especifique cuál. 5.3 Marque si la madre o persona gestante se considera o no afroamericana o afrodescendiente. 5.4 Marque si la madre o persona gestante es o no migrante.
- 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 persona gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidas/os vivas/os, nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos eclípticos. Además, debe incluir éste último embarazo.
- 9) NÚMERO DE HIJAS/OS.** Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos eclípticos, si la madre o persona gestante, no ha tenido hijas/os nacidas/os muertas/os, anote 0,0. Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidas/os vivas/os que ha tenido la madre o persona gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de estos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (é) nacida/o viva/o que se está certificando.
- 10) LA (É) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ.** Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (é) hija/o anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si ésta vive o no. Si la (é) hija/o anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otras/cas hijas/os".
- 11) ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa la (é) nacida/o viva/o que se certifica, considerándola/o como la (é) última/o del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o persona gestante, tomando en cuenta tanto a las (os) nacidas/os vivas/os como a las (os) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que correspondía a cada nacimiento.
- 12) AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o persona gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o persona gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 12.1. Cuando la madre o persona gestante tenga al menos una derechohabencia o afiliación, anotar en 12.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una derechohabencia o afiliación consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
- 13) ATENCIÓN PRENATAL.** 13.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 13.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 13.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- 14) ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O?** Seleccione "No", si la madre o persona gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 14.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o persona gestante.
- 15) ¿DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ HABITUALMENTE?** Esta pregunta hace exclusivamente referencia al consumo de Tabaco. Marque "SI", si la madre o persona gestante fumó de manera habitual tabaco durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
- 16) DURANTE EL EMBARAZO CONSUMIÓ ALCOHOL?** Esta pregunta hace referencia al consumo de cualquier bebida que contenga alcohol. Marque "SI", si la madre o persona gestante ingirió alcohol durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
- 17) ESCOLARIDAD.** Si la madre o persona 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 17.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 17.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- 18) OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o persona gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 18.1 marque la opción "SI" cuando la madre o persona 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 persona gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
- 19) EDAD DEL PADRE.** Anote la edad del padre de la (del) recién nacido/a, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
- 20) 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 horas:minutos:HH:MM, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió el día 06 de julio de 2017 a las doce de la noche con 5 minutos, anote (0,6,0,0,7,2,0,17) (0,0,0,0,5)).
- 21) EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por capurro, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o persona gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- 22) PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacida/o viva/o expresado en gramos (ej. Si la (é) nacida/o viva/o pesa 2 kilos 350 gramos, anote: 2,350,0 gramos).
- 24) PERÍMETRO CEFÁLICO.** Registrar en centímetros la circunferencia de la cabeza de la (del) nacida/o viva/o. Anote (ej. 42) Centímetros).
- 25) SEXO.** Al momento de la expedición del certificado, si logra identificar el sexo de la (del) nacida/o viva/o, marque la casilla correspondiente (Hombre o Mujer). Si no es posible identificar el sexo de la (del) nacida/o viva/o, marque la casilla "No Especificado".
- 27) PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número total de nacidas/os vivas/os o muertas/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacida/o viva/o, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupa la (é) nacida/o en este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
- 29) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O.** Si la (é) nacida/o viva/o presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo prenatal, 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.
- 32) RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este caso, indicar si se usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
- 33) PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo; Gineco-obstetra, Otra/o especialista, Residente, General, Médico/a Pasante en Servicio Social, Médico Pasante en Servicio Social (MPSS) o Médico/a Interno de Pregrado (MIP). Si el parto fue atendido por una (un) enfermera/o, debe especificar el tipo, General, Obstétrica/o, Prenatal o Neonatal. Si el parto fue atendido por una (un) partera/a, debe especificar el tipo, Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 35) CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable del certificado de nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) enfermera/o, especifique el tipo; General, Obstétrica/o, Prenatal o Neonatal). Si el certificado es llenado por una (un) partera/a, especifique el tipo; Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Si el certificado es llenado por una (un) Médico/a Pasante en Servicio Social (MPSS), seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico/a Pasante" en el espacio para especificar. Cuando marque opciones con " * ", especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 37) UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA.** Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 37.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 37.2 la CLUES correspondiente.

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

Sello oficial de la Unidad Médica

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

Responsable de la corrección:

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Firma



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2025
FOLIO

999999999

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 80 DÍAS, POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4. PÁRRAFO 8VO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Form with sections: 1. NOMBRE, 2. LUGAR DE NACIMIENTO, 3. FECHA DE NACIMIENTO, 4. EDAD, 5. CONDICIÓN DE POBLACIÓN, 6. SITUACIÓN CONYUGAL, 7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO, 8. NÚMERO DE EMBARAZOS, 9. NÚMERO DE HIJAS/OS, 10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ, 11. ORDEN DEL NACIMIENTO, 12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, 13. ATENCIÓN PRENATAL, 14. ¿VIVE LA MADRE O PERSONA GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO?, 15. DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ HABITUALMENTE?, 16. DURANTE EL EMBARAZO CONSUMIÓ ALCOHOL?, 17. ESCOLARIDAD, 18. OCUPACIÓN HABITUAL, 19. EDAD DEL PADRE DE LA (DEL) RECIEN NACIDA/O, 20. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO, 21. EDAD GESTACIONAL, 22. PESO AL NACER, 23. TALLA, 24. PERÍMETRO CEFÁLICO, 25. SEXO DE LA (DEL) RECIEN NACIDA/O, 26. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS, 27. PRODUCTO DE UN EMBARAZO, 28. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS, 29. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO, 30. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO, 31. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO, 32. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO, 33. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO, 34. NOMBRE DE QUIÉN ATENDIÓ EL PARTO, 35. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO, 36. NOMBRE DEL CERTIFICANTE, 37. CERTIFICADO POR, 38. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD, 39. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, 40. DOMICILIO Y TELÉFONO, 41. FIRMA CERTIFICANTE, 42. FECHA DE CERTIFICACIÓN

COPIA PARA CAPTURA DE DATOS

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vínculo madre o persona gestante-hija/o.
Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar una identificación oficial de la madre o persona gestante (que preferentemente contenga su domicilio), o una constancia de vecindad.
El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a toda/o nacida/o viva/o en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió a la (el) nacida/o viva/o después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
Llene un Certificado de Nacimiento por cada nacida/o viva/o, elabore tantos certificados como nacidas/os vivas/os resulten del nacimiento.
Una vez expedido el certificado, la entrega no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre o persona 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 persona gestante y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliese con la información proporcionada por la madre o persona gestante, el padre o algún familiar, informando que los datos serán cotejados en el registro civil.
Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible, con máquina de escribir o imprimiendo sobre este documento, siempre y cuando todos los campos sean llenados utilizando el mismo método. No use abreviaturas.
En caso del llenado a mano, escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.
Este documento no es válido con tachaduras o enmendaduras; para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS", cuyas instrucciones y exclusiones deben consultarse en el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción.
Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla: Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas llene con "nueves" y en el caso de respuestas abiertas anote "Se ignora".
Para las respuestas numéricas (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos (0,1,2,...,9) y complete con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
En los campos de fecha debe utilizarse el formato D.D.M.M.A.A.A.A., 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 vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Cañada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vialidad, Núm. exterior (ej. 900) e interior si aplica (21, 2A, G5), tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad habitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pulgar derecho de la madre o gestante; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo, en caso de fallecimiento, escribir "DECESO".
Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE. Anote el nombre completo de la madre o persona 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 persona 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 persona gestante. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre o persona gestante y la fecha de nacimiento de la (de) nacida/o viva/o.
5) CONDICIÓN POBLACIONAL. 5.1 Marque si la madre o persona gestante se considera o no indígena. 5.2 Indique si la madre o persona gestante habla o no alguna lengua indígena, en caso afirmativo, especifique cuál. 5.3 Marque si la madre o persona gestante se considera o no afroamericana o afrodescendiente. 5.4 Marque si la madre o persona gestante es o no migrante.
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 persona gestante a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir: nacidas/os vivas/os, nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos. Además, debe incluir éste último embarazo.
9) NÚMERO DE HIJAS/OS. Anote en 9.1 el total de hijas/os nacidas/os muertas/os (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos), molas y embarazos ectópicos, si la madre o persona gestante, no ha tenido hijas/os nacidas/os muertas/os, anote(0/0). Escriba en 9.2 el total de hijas/os nacidas/os vivas/os que ha tenido la madre o persona gestante, incluyendo al que se está certificando, sin importar que alguno de estos falleciera. En 9.3 anote cuantos de las (los) hijas/os registradas/os en 9.2 sobreviven, incluyendo a la (el) nacida/o viva/o que se está certificando.
10) LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ. Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si la (el) hija/o anterior nació viva/o marque la opción "viva/o" y especifique en 10.1 si ésta/ste vive o no. Si la (el) hija/o anterior nació muerta/o marque la opción "muerta/o" y omita la respuesta 10.1. Si es el primer nacimiento, marque "No ha tenido otras/os hijas/os".
11) ORDEN DEL NACIMIENTO. Escriba el orden numérico que ocupa la (el) nacida/o viva/o que se certifica, considerándola/o como la (el) última/o del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre o persona gestante, tomando en cuenta tanto a las (los) nacidas/os vivas/os como a las (los) nacidas/os muertas/os, independientemente de que a la fecha estén vivas/os o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada nacimiento.
12) AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD. Marque la afiliación o derechohabencia de la madre o persona gestante. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre o persona gestante haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 12.1. Cuando la madre o persona gestante tenga al menos una derechohabencia o afiliación, anotar en 12.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una derechohabencia o afiliación consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento vigente.
13) ATENCIÓN PRENATAL. 13.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 13.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 13.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
14) ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Seleccione "No", si la madre o persona gestante falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 14.1, el número de folio del Certificado de Defunción de la madre o persona gestante.
15) ¿DURANTE EL EMBARAZO FUMÓ HABITUALMENTE? Esta pregunta hace exclusivamente referencia al consumo de Tabaco. Marque "SI", si la madre o persona gestante fumó de manera habitual tabaco durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
16) DURANTE EL EMBARAZO CONSUMIÓ ALCOHOL? Esta pregunta hace referencia al consumo de cualquier bebida que contenga alcohol. Marque "SI", si la madre o persona gestante ingirió alcohol durante el periodo gestacional, en caso contrario marque "No".
17) ESCOLARIDAD. Si la madre o persona 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 17.1, si la escolaridad seleccionada es completa o incompleta. En 17.2 especifique si por el embarazo se interrumpieron los estudios.
18) OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal de la madre o persona gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 18.1 marque la opción "SI" cuando la madre o persona 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 persona gestante se dedique a las tareas propias del hogar, cuidados de las (los) hijas/os, a estudiar, sea rentista, jubilada/o, pensionada/o, etc.
19) EDAD DEL PADRE. Anote la edad del padre de la (de) recién nacida/o, en caso de desconocerla, poner una edad aproximada o la opción "Se ignora".
20) 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 horas:minutos:H.H.M.M., usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió el día 06 de julio de 2017 a las doce de la noche con 5 minutos, anote (0_6/0_7/2_0_17) (0_0/0_5)).
21) EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por capurro, si esto no es posible, calcule contando a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre o persona gestante, hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
22) PESO AL NACER. Anote el peso de la (de) nacida/o viva/o expresado en gramos (ej. Si la (el) nacida/o viva/o pesa 2 kilos 350 gramos, anote: (2_350) gramos).
24) PERÍMETRO CEFÁLICO. Registrar en centímetros la circunferencia de la cabeza de la (de) nacida/o viva/o. Anote (ej. (42) Centímetros).
26) SEXO. Al momento de la expedición del certificado, si logra identificar el sexo de la (de) nacida/o viva/o, marque la casilla correspondiente (Hombre o Mujer). Si no es posible identificar el sexo de la (de) nacida/o viva/o, marque la casilla "No Especificado".
27) PRODUCTO DE UN EMBARAZO. Marque la opción que corresponda al número total de nacidas/os vivas/os o muertas/os de este parto. Si el embarazo es múltiple, se debe expedir un Certificado de Nacimiento para cada nacida/o viva/o, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento, y especifique qué lugar ocupa la (el) nacida/o en este parto, si es el segundo producto, poner 2 de 2.
29) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O. Si la (el) nacida/o viva/o presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el periodo perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar anomalías congénitas, enfermedades o lesiones, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente". Deje en blanco el recuadro sombreado en gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el código de la CIE vigente.
32) RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO. Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para este caso, indicar si se usaron o no fórceps u otro procedimiento, especificando éste) o cesárea.
33) PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO. Si el parto fue atendido por una (un) médica/o, debe especificar el tipo; Gineco-obstetra, Otra/o especialista, Residente, General, Médica/o Pasante en Servicio Social, Médico Pasante en Servicio Social (MPSS) o Médica/o Interno de Pregrado (MIP). Si el parto fue atendido por una (un) enfermera/o, debe especificar el tipo; General, Obstétrica/o, Perinatal o Neonatal. Si el parto fue atendido por una (un) partera/o, debe especificar el tipo; Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Cuando aplique (opciones con " * ") especifique en el espacio asignado para tal fin.
35) CERTIFICADO POR. Marque la opción que identifica a la persona responsable del certificado de nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) enfermera/o, especifique el tipo; General, Obstétrica/o, Perinatal o Neonatal). Si el certificado es llenado por una (un) partera/o, especifique el tipo, Tradicional o Profesional (esta última, hace referencia a toda persona con una formación profesional en una rama de las ciencias de la Salud). Si el certificado es llenado por una (un) Médica/o Pasante en Servicio Social (MPSS), seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médica/o Pasante" en el espacio para especificar. Cuando marque opciones con " * ", especifique en el espacio asignado para tal fin.
37) UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA. Esta pregunta debe responderse cuando el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica y la persona que asistió el parto no está autorizada para emitir certificados, en este caso indique en 37.1 el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en 37.2 la CLUES correspondiente.

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

Sello oficial de la Unidad Médica

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

Responsable de la corrección:


Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Firma

ANEXO 2 VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

 SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO		Modelo 2025 FOLIO 99999E99999999
1. Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:		
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP):		
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía:		2.2 Entidad Federativa/País:
3. Fecha de nacimiento:	4. Edad:	5.1 ¿Se considera indígena?:
6. Situación conyugal:	5.2 ¿Habla lengua indígena?: Lengua indígena hablada:	5.3 ¿Se considera afromexicana o afrodescendiente?:
7. Residencia habitual y teléfono 7.1 Tipo vialidad:		7.2 Nombre de la vialidad:
7.3 Núm. Ext.:	7.4 Núm. Int.:	7.5 Tipo del 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. N°. de Embarazos:	9. Núm. de Hijas/os	9.1. Nacidas/os muertas/os:
9.2. Nacidas/os vivas/os:	9.3. Sobrevivientes:	
10. La/El hijo/a anterior nació:		10.1. Vive aún:
11. Orden del nacimiento:		
12. Afiliación a Servicios de Salud:		
12.1. Número de seguridad social o afiliación:		
13. Atención prenatal 13.1 ¿Recibió atención?:		
13.2. Trimestre en el que recibió la primer consulta:		
13.3. Total de consultas recibidas:		
14. ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacida/o viva/o:		
14.1 Escriba el número de folio del Certificado de Defunción:		
15. ¿Durante el embarazo fumó habitualmente?		
16. ¿Durante el embarazo consumió alcohol?		
17. Escolaridad:		
17.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo?		
18. Ocupación Habitual:		18.1. Trabaja actualmente:
19. Edad del padre:		
20. Fecha y hora de nacimiento: null null		21. Edad gestacional:
22. Peso:		23. Talla:
24. Perímetro cefálico:		
25. Sexo de la (del) recién nacida/o:		
26. Adaptación de la (del) nacida/o en sus primeros minutos		
27. Producto de un embarazo: Especifique: de		
26.1 Apgar (a los 5 min):		
26.2 Silverman (a los 10 min):		
28. Aplicación de vacunas y complementos		
28.1 BCG:		
28.2 Hepatitis B:		
28.3. Vitamina A:		
28.4. Vitamina K:		
28.5 Antibiótico oftálmico:		
29. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o		
a)		
b)		
30. Sitio de Atención del parto:		30.1 Nombre de la unidad médica:
Especifique:		30.2. CLUES:
31. Tiempo de traslado:		
32. Resolución del embarazo:		
32.1 ¿Se usaron fórceps?:		
Especifique:		
32.2 Tipo de Césarea:		
33. Persona que atendió el parto:		
33.1 Tipo de médico:		
Especifique:		
33.2 Tipo de enfermera:		
33.3 Tipo de partera:		
Especifique:		
34. Nombre de quien atendió el parto:		
Primer Apellido:		
Segundo Apellido:		
34.1 Si la persona que atendió el parto es profesional de la salud. Número de cédula profesional:		
35. Domicilio donde ocurrió el nacimiento		35.1 Tipo de vialidad:
35.2 Nombre de la vialidad:		
35.3 Núm. Ext.:		35.4 Núm. Int.:
35.5 Tipo de asentamiento:		
35.6 Nombre del asentamiento humano:		35.7 Código Postal:
35.8 Localidad:		35.9 Municipio o alcaldía:
35.10 Entidad federativa:		
36. Nombre(s):		Primer Apellido:
37. Certificado por:		Segundo Apellido:
Especifique:		
37.1 Especifique el tipo de enfermera/o:		
37.2 Especifique el tipo de partera/o:		
38. Si la(él) certificante es profesional de la salud. Número de cédula profesional:		
39. Unidad médica que proporcionó el Certificado si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica		
39.1 Nombre de la unidad médica:		
39.2 CLUES:		
40. Domicilio y teléfono		40.1 Tipo de vialidad:
40.2 Nombre de la vialidad:		
40.3 Núm. Ext.:		40.4 Núm. Int.:
40.5 Tipo de asentamiento:		
40.6 Nombre del asentamiento humano:		40.7 Código Postal:
40.8 Localidad:		40.9 Municipio o alcaldía:
40.10 Entidad federativa:		40.11 Teléfono:
41. Fecha de Certificación:		

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE

CÓDIGO QR



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

Firma electrónica del Certificante:

Cadena Original:

Sello electrónico de la Secretaría de Salud:

Sello electrónico de la Unidad Médica: