

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 IV) 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

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

1. NOMBRE Nombre(s) <u>Nancy</u> Primer Apellido <u>Ventura</u> Segundo Apellido <u>Vilchis</u>		
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>NIEVIN0201606MCMCINLINIA3</u>		
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o Alcaldía <u>Ixtlahuaca</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Mexico</u>		
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/6/06</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>12</u> Años	5. CONDICIÓN INDIGENA 5.1 ¿Se considera indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique:
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera <input type="radio"/> 12 En unión libre <input checked="" 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		
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Avenida</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Independencia</u> 7.3 Núm. Ext. <u>SN</u> 7.4 Núm. Int. <u>SN</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Localidad</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Emiliano Zapata</u> 7.7 Código Postal <u>50170</u> 7.8 Localidad <u>Emiliano Zapata</u> 7.9 Municipio o Alcaldía <u>Ixtlahuaca</u> 7.10 Entidad federativa <u>Mexico</u> 7.11 Teléfono <u>311217117996</u>		
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidas/os Vivas/os <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>01</u> 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 <input type="radio"/> 3 otras/os hijas/os		11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, múltiples) <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
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"/> Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 12.3 Total de consultas recibidas <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4620029357-2</u>
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Técnica terminal con secundaria <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> 13 Se ignora <input type="radio"/> 99		16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>empleada fabrica</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
17. EDAD DEL PADRE <u>12.7</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		

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

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>28/09/2023</u> Día Mes Año <u>22:58</u> Horas Minutos		19. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	20. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas
21. TALLA <u>48</u> Centímetros	22. PESO AL NACER <u>2730</u> Gramos	23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>09</u> 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) <u>00</u>	
24. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.3 Vitamina A Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 25.4 Vitamina K Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3 *Especifique: de			
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) <u>Criptorquidia izquierda</u> b) <u></u>			
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 9 28.1 Nombre de la unidad médica <u>Clinica Santa Cruz</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u></u> Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 *Especifique:			
28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>10/19/0</u> Horas Minutos		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 2 ¿Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3 *Especifique: Cesárea <input checked="" type="radio"/> 3 Programada <input type="radio"/> 4 De urgencia <input type="radio"/> 5	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico/a <input checked="" type="radio"/> 1 Enfermera/o <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 3 Partera/o <input type="radio"/> 4 Otro/a* <input type="radio"/> 5 Especifique tipo de médico/a Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 11 Otro/a especialista* <input type="radio"/> 12 Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 *Especifique:			
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda <u>Avenida del Progreso</u> 31.2 Nombre de la vivienda <u>SN</u> 31.3 Núm. Ext. <u>SN</u> 31.4 Núm. Int. <u>Manzana</u> 31.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tercera</u> 31.6 Nombre del asentamiento humano <u>50820</u> 31.7 Código Postal <u>Santa Cruz Tepexpan</u> 31.8 Localidad 31.9 Municipio o Alcaldía <u>Jiquipilco</u> 31.10 Entidad federativa <u>Mexico</u>			

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE Nombre(s) <u>Maria Fernanda</u> Primer Apellido <u>Davila</u> Segundo Apellido <u>Mondragon</u>	
33. CERTIFICADO POR Médico/a pediatra <input type="radio"/> 1 Médico/a Gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro/a médico/a* <input checked="" type="radio"/> 8 Enfermera/o <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4 Partera/o <input type="radio"/> 5 Autoridad civil* <input type="radio"/> 6 *Especifique:	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional <u>11779861</u>	
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 35.1 Nombre de la unidad médica <u></u> 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u></u>	
36. DOMICILIO Y TELÉFONO 36.1 Tipo de vivienda <u>Avenida del Progreso</u> 36.2 Nombre de la vivienda <u>SN</u> 36.3 Núm. Ext. <u>SN</u> 36.4 Núm. Int. <u>Manzana</u> 36.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tercera</u> 36.6 Nombre del asentamiento humano <u>50820</u> 36.7 Código Postal <u>Santa Cruz Tepexpan</u> 36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldía <u>Jiquipilco</u> 36.10 Entidad federativa <u>Mexico</u> 36.11 Teléfono <u>7121110288</u>	
37. FIRMA <u></u>	38. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>28/09/2023</u> Día Mes Año

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

CLINICA "Santa Cruz"
Calle del Progreso, S/N, Manzana Tercera, Santa Cruz Tepexpan, Jiquipilco, Mexico.
Teléfono: 7121110288

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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



032024464

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. PARÁFO 5/3. 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

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

1. NOMBRE Nombre(s) <u>Nancy</u> Primer Apellido <u>Ventura</u> Segundo Apellido <u>Vilchis</u>							
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>NIEVIN0201606MCMCINLINIA3</u>							
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o Alcaldía <u>Ixtlahuaca</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) <u>Mexico</u>							
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/6/06</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>12</u> Años	5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Se considera indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique:				
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera <input type="radio"/> 12 En unión libre <input checked="" 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							
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Avenida</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Independencia</u> 7.3 Núm. Ext. <u>SN</u> 7.4 Núm. Int. <u>SN</u> 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Localidad</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Emiliano Zapata</u> 7.7 Código Postal <u>50170</u> 7.8 Localidad <u>Emiliano Zapata</u> 7.9 Municipio o Alcaldía <u>Ixtlahuaca</u> 7.10 Entidad federativa <u>Mexico</u> 7.11 Teléfono <u>311217117996</u>							
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.2 Nacidas/os Vivas/os <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Viva/o <input checked="" type="radio"/> 01 Muerta/o <input type="radio"/> 02 No ha tenido <input type="radio"/> 03 otras/os hijas/os	11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivas/os, muertas/os, múltiples) <u>011</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> 02 Tercero <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		12.3 Total de consultas recibidas <u>06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? Si <input checked="" type="radio"/> 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 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 07 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input checked="" type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4620029357-2</u>					
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Técnica terminal con secundaria <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 08 Primaria <input type="radio"/> 03 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 05 Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> 13 Se ignora <input type="radio"/> 99		15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02		15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>empleada fabrica</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	17. EDAD DEL PADRE <u>12.7</u> Se ignora <input type="radio"/> 99

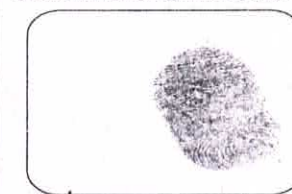
DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O Y DEL NACIMIENTO

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>28/09/2023</u> Día Mes Año <u>22:58</u> Horas Minutos		19. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02		20. EDAD GESTACIONAL <u>38</u> Semanas			
21. TALLA <u>48</u> Centímetros	22. PESO AL NACER <u>2730</u> Gramos	23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>09</u> 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) <u>00</u>		24. TAMIZ AUDITIVO Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02			
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 25.2 Hepatitis B <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 25.3 Vitamina A <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 25.4 Vitamina K <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 01 Gemelar <input type="radio"/> 02 Tres o más <input type="radio"/> 03		*Especifique:			
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) <u>Criptorquidia izquierda</u> b)						CÓDIGO CIE Uso exclusivo del personal codificador	
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 checked="" type="radio"/> 09		28.1 Nombre de la unidad médica <u>Clinica Santa Cruz</u>		28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 *Especifique:	
28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>10:10</u> Horas Minutos		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> 01 Distócico <input type="radio"/> 02 *Se usaron fórceps? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Otro <input type="radio"/> 03 *Especifique:		Programada <input type="radio"/> 01 Cesárea <input checked="" type="radio"/> 03 De urgencia <input checked="" type="radio"/> 02		*Especifique:	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico/a <input checked="" type="radio"/> 01 Enfermera/o <input type="radio"/> 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 03 Partera/o* <input type="radio"/> 04 Otro/a* <input type="radio"/> 06 Especifique tipo de médico/a: Gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 01 Otro/a especialista* <input type="radio"/> 02 Residente <input type="radio"/> 03 General <input type="radio"/> 04 MPSS <input type="radio"/> 05 MIP <input type="radio"/> 06						*Especifique:	
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda <u>Avenida del Progreso</u> 31.2 Nombre de la vivienda <u>SN</u> 31.3 Núm. Ext. <u>SN</u> 31.4 Núm. Int. <u>SN</u> 31.5 Tipo de asentamiento humano <u>Manzana</u> 31.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tercera</u> 31.7 Código Postal <u>501820</u> 31.8 Localidad <u>Santa Cruz Tepexpan</u> 31.9 Municipio o Alcaldía <u>Jiquipilco</u> 31.10 Entidad federativa <u>Mexico</u>							

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE Nombre(s) <u>Maria Fernanda</u> Primer Apellido <u>Davila</u> Segundo Apellido <u>Mondragon</u>	
33. CERTIFICADO POR Médico/a pediatra <input type="radio"/> 01 Médico/a Gineco-obstetra <input type="radio"/> 07 Otro/a médico/a* <input checked="" type="radio"/> 08 Enfermera/o <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 04 Partera/o* <input type="radio"/> 05 Autoridad civil* <input type="radio"/> 06 *Especifique:	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional <u>11779861</u>	
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 <u>Avenida del Progreso</u> 36.2 Nombre de la vivienda <u>SN</u> 36.3 Núm. Ext. <u>SN</u> 36.4 Núm. Int. <u>SN</u> 36.5 Tipo de asentamiento humano <u>Manzana</u> 36.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tercera</u> 36.7 Código Postal <u>501820</u> 36.8 Localidad <u>Santa Cruz Tepexpan</u> 36.9 Municipio o Alcaldía <u>Jiquipilco</u> 36.10 Entidad federativa <u>Mexico</u> 36.11 Teléfono <u>71121110288</u>	
37. FIRMA	38. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>28/09/2023</u> Día Mes Año

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

CLINICA "Santa Cruz"
Calle...
Apdo...
Santa Cruz Tepexpan, Jiquipilco, Mexico

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

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



032024464