	SECRETARIA DE SALUD		
	CERTIFICADO DE NACIMIENTO 020066046		
		ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO	
		Nombre (s) Primer Apellido Trigadich Segundo Apellido	
		1.1 CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)	
		2. LUGARDENACIMIENTO Penastique Carrantal Distrito Fectoral	
		2.1 Municipio o delegación (Si es extrargera)	
CONFORME A LA		3. FECHA DE NACIMIENTO 4. EDAD 5.1 ¿Se considera indigena? 5.2 ¿Habita alguna langua indigena? SIQ; No XQ Se ignora Qu	
		12110119791 26 SO No 22 Se ignora Os 1 53 (Cual terrque indigena fuebra?	
		Anna Anna	
		7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO CONTO CO	
		7.1 Tipo de vialidad 7.3 Nombre de la vialidad 7.3 Nom Exterior. La tegm interes	
	w	- Calonia Gabriel Kamas Millan 0,0,00	
		- Extente District Tederal	
		7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono 10. EL (LA) HIJO (A) 11. ORDEN DEL NACIMIENTO	
		(Incluye et actual) O. I. Nacidos Muertos (es) I. O. I. I. Se ignore (C) ANTERIOR NACIÓ (considere electronical)	
	50	0 3 9.2 Nacidos Vivos (as) 0 2 Se ignora () 00	
		Se ignora Ogo 93 Sobrevivientes (C) LQ Se ignora Ogo No ha senido otros nijos (as) O3 Se ignora Ogo Ogo Ogo Ogo	
25 SS		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta.	
INSPARENCIA Y PROTECCIÓN		12.1 ¿Recibio atención? SNO 1 No O2 Se ignora O9 Primero Ø1 Segundo O2 Tercero O3 Se ignora O9 Q Y Se ignora O01	
		13, ¿VIVE LA MADRE DEL (A) SI (O) No O2 13.1 En caso negativo, escribe el número de foilo del Certificado de Defunción	
		14. AFILIACIÓN Ninguna 🔾 1 ISSSTE 🔞 SEDENA 🔾 5 Seguro Popular 🔾 7 Otra 🔾 8	
		DE SALUD IMSS Q2 PEMEX Q4 SEMAR Q6 IMSS Opertunidades Q10 Se ignora Q99 14 1 Numero de segundad social o afiliación	
		15. ESCOLARIDAD Ninguna O1 Primaria O3 Secundaria O5 Bachillerato o preparatoria (8) 7 15 1 La escolaridad seleccionada es	
		Profesional Oa Posgrado O10 Se ignora O99	
3 3		16, OCUPACION HABITUAL EMPLOY ON Se ignora On 16.1 Trabaja acquaimente SIQ, No O2 Se ignora Ou	
		17. FECHA Y HORA DEL 09052016 1118 1118 HOMBINE NACIMIENTO HOMBINE ON MUNICO 19. EDAD GESTACIONAL 3.8 SERVICE	
S E		Dis Mes Año Hora Minutes	
2 3		20. TALLA 49 Centimetros 21. PESO AL NACER 3030 Gramos (A los 5 minutos) 22.1 APGAR (C) 19 22.2 SELVERMAN (D) 23. TAMIZ AUDITIVO (A los 5 minutos) SIO, No Ø;	
FIGA		24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS Vitaminas 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO	
E 9		24.18CG St O, No 2 24.2 Hepatitis B St 20, No O2 24.3 (A) St O1 No 2 24.4 (K) St 20, No O2 0 0 00 20, Gernatur O2 Tree o mas O3	
IIIII IIIII LA INFORMACIÓN EN ESTE CE NORMATIVIDAD APLICABLE V		26. ANOMALÍAS CONGÊNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO	
		n)	
		b)	
		27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO:	
		Eutócico O₁ Distócico O₄ → ¿Se usaron forceps? Sí O₁ No O₂ Cesárea Ø₂ Otro O8 → Especifique	
		28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaria O JOSEPHA O J	
		de Salud 1 100012 04 Destruitades 2 publica 08 1 Nombre de la unidad médica 1 megar 017	
	2	IMISS O3 PEMEX O5 SEMAR O7 Unidad médica 810 175 MP OCO OPIC ONO LIGHT O10 privada 810 28 2 Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	H	29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO	
	8	Médico () - Gineco-obstetra () 11 Otro especialista () 12 Residente () 13 General () 14 MPSS () 15 MIP () 15	
	2	Enfermera O ₂ Persona autorizada por la Secretaria de Salud* O ₃ Partera O ₄ Otro* O ₈ *Especifique:	
		20. DOMICILIO DONDE OCURRIO SS EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de visidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Num. Exterior 30.4 Num. Interior	
		Colonia Colonia CV	
		Coccutence Distric tederal	
		30.8 Localidad 30.10 Eritidad federativa	
		ALL NOMBRE DELLA PROMISE PROMISE SACRETARION	
		32. CERTIFICADO POR	
		Médico pediatra 101 Médico Gineco-obstetra 07 Otre médico 02 Enfermera 03 Secretaria de Salud 04 Partera 05 Autoridad 06 Especifique	
		33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	
		6926919	
		Número de cédula profesional 34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUEI) 35. DOMICILIO Y TELÉFONO (APCIN	
		35.2 Nombre de la vialidad 35.3 Nogo. Extegor 35.4 Norm interior	
		35.5 Tipo de asentamiento humano (35.6 Nombos del esentamiento humano (35.7 Código Postal	
		CICCLITENS JUST TENTON STATE TO SELECTION STATE TO SELECTION SELEC	
		36. FIRMA 37. FECHADE CERTIFICACION 1) O C S 20 L	
		DH MHS And	
		HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO DERECHO DE LA MADRE	
		₩ ¥ 9 9 E	
		A-HOSP. S.A. TRO MEDICO D S. 11 AM 09 S. Colonia D. México D	
		S = 8 = 3	
		李章·李章·李章·李章·李章·李章·李章·李章·李章·李章·李章·李章·李章·李	