TOTAL PROPERTY OF THE PROPERTY	
The control of the co	
The second secon	= 7
Section 1997 (1997) (19	
Section 1997 Annual Property of the Control of the	Comment (
	managed C
Management of the state of the	annum titol
Statement land	
	Charles Street

	CERTIFICADO DE NACIMIENTO ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO 026536417	
	1. NOMBRE MOY CO A CONTROL TOUCK VI 10 COS Segundo Azellido Primer Apellido Segundo Azellido	
	11 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) TOMBIGIO GIALLIGIMITISIVILIYO 3 Se ignora O 88	
	2. LUGAR DE NACIMIENTO REYMOO 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjens)	1
	3. FECHA DE NACIMIENTO 4. EDAD 5.1 ¿Se considera indígena? 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?	:= O
	6. ESTADO CONYUGAL En unión libre O15 Separada O16 Divorciada O13 Viude O14 Soltara O12 Casada 11 Se ignor	
ł	7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO ALCOLO HACOLO HA HACOLO HACOLO HACOLO HACOLO HACOLO HACOLO HACOLO HACOLO HACOLO	± ∪9
DATOS DE LA MADRE	7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Num. Exterior 7.4 Num.	n. imteri
	7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Codigo Pos	917
	8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) 9.1 Nacidos Muertos (as) 9.2 Nacidos Vivos (as) 9.2 Nacidos Vivos (as) 9.3 Sobrevivientes 9.3 Sobrevivientes 9.3 Sobrevivientes 9.3 Sobrevivientes 9.4 Se ignora 9.5 Inc. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Muerto (a) 9.7 No (a) 9.7 No (a) 9.7 No (b) 10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Muerto (a) 9.7 No (b) No ha tenido otros hijos (as) 9.7 Se ignora 9.7	F)
	12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Signa No O2 Se ignora O9 Primero 1 Segundo O2 Tercero O3 Se ignora O9 1 D8 Se ignora	
	13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) SI 1 No 2 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	1
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 1MSS O 2 PEMEX O 4 SEMAR O 6 MSS Prospera O 10 Se ignora O 99 14. 1 Número de seguridad social o afiliación	40
	15. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 1 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa 7 Incompleta 7 Incomp	
	16. OCUPACIÓN HABITUAL FORICO PODICO Se ignora Ogg 16.1 Trabaja actualmente Si 1 No O2 Se ignora	
	17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día Mes Año Hora Minutos 18. SEXO Hombre 19. EDAD GESTACIONAL 3 8	Seman
	20. TALLA 21. PESO AL NACER 3 1 3 5 Gramos 22.1 APGAR (O 6 22.2 SILVERMAN (O 1 23. TAMIZ AI (A los 5 minutos) (A los 5 minutos) (A los 5 minutos)	-
ENTO	24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZ 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZ Único D., Gemeisto C., Tres o mi	
. NACIMIENTO	26. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO ODDICO CE A) NOMA PORTO TE	
Y DEL	b) Ningura aparente 27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO	
VIVO	Eutocico 🚱 Distócico O4 -> ¿Se usaron fórceps? SI O1 No O2 Cesárea O2 Otro O8 -> Especifique:	
NACIDO	Secretaria O 1 ISSSTE 4 SEDENA O 6 IMSS O 2 Prospera O 2 Unidad O 8 28 1 Nombre de la unidad médica	gar O
DEL	29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO	
DATOS	Enfermera O2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* O3 Partera O4 Otro* O8 *Especifique:	5
	30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ ACO TINTI TOTO LO TOTO 30.1 Tipo de vialidad TOTO 30.2 Nombre de la vialidad 30.2 Nombre de la vialidad 30.3 Núm. Extenor 30.4 Nú	im. Inte
	30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Posta CUTCUA COCO COCO 30.10 Porto del Asentamiento humano 30.8 Localidad 30.9 Municipio o Salebación 30.10 Participativa	ىد
_	31. NOMBRE Daniela Conzoller Ruiz Esparza	
35	32. CERTIFICADO POR Médico pediatro Médico Médico pediatro Médico Autorizada por la autorizada por	>
DEL CERTIFICANTE	Medico pediatra O 1 gineco-obstetra O 7 Otro médico 100 2 Enfermera O 3 Secretaría de Salud* O 4 Partera O 5 Givill* O 6 *Especifique 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD (1) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	MÉDIC
	Numero de cédula profesional 34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CL	UES)
	35. DOMICILIO Y TELÉFONO Algeria Tolyitata Distance (December 1988) 35.1 Tipo de vialidad 35.2 Norm Exterior 35.4 Nim Exterior 35.4 N	ûm, linte
08 [Colonia Magapilan de la salital 1013 7161	
DATOS	35.5 lipo de asentamiento humano 35.6 Norribre del asentamiento humano 35.7 Codigio Postai 35.8 Localidad: 35.8 Localidad: 35.9 Municiplo o dellegación 35.9 Emitidad federativa 35.1 I Teliefo	
	36. FIRMA 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN DÍA MES AÑO AÑO	
_	HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE	-
	P.O.	cgion
	2 0 ENE. 2020	4.4
	Landon y Reanimaci	ón
	de Revice Nacido	

SELLO OFICIAL DE LA