



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

Modelo 2020

FOLIO

030684704

1. NOMBRE <u>Fabiola</u> <u>Mejia</u> <u>Sedeño</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>MÉSF880607MMSJPB08</u>					
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Jayula</u> <u>Morelos</u> 2.1 Municipio o Alcaldía 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)					
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>07/06/1988</u> Día Mes Año	4. EDAD <u>33</u> Años	5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Se considera indígena? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique: _____			
6. SITUACIÓN CONYUGAL <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casada <input checked="" type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> <u>Sur</u> <u>81</u> <u>433</u> <u>401</u> <u>Colonia</u> 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Ext. 7.4 Núm. Int. 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Lorenzo Boturini</u> <u>115820</u> <u>Lorenzo Boturini</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Postal 7.8 Localidad <u>Verustiano Carranza</u> <u>Ciudad de México</u> <u>5547146800</u> 7.9 Municipio o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono					
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye al actual) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye al actual) 9.1 Nacidos/os Muertos/os <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.2 Nacidos/os Vivos/os <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/> 9.3 Sobrevivientes <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>		10. LA (EL) HIJA/O ANTERIOR NACIÓ Vivo/a <input type="radio"/> Muerto/a <input type="radio"/> No ha tenido otros/as hijas/os <input checked="" type="radio"/>	11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos/os, muertos/os, múltiples) <u>01</u> Se ignora <input type="radio"/>
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <u>Primero</u> <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.3 Total de consultas recibidas <u>14</u> Se ignora <input type="radio"/>		13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico terminal con preparatoria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.1 La escolaridad seleccionada es <input checked="" type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Arquitecta</u> Se ignora <input type="radio"/>		17. EDAD DEL PADRE <u>31</u> Se ignora <input type="radio"/>	

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>01/02/2022</u> <u>03:55</u> Día Mes Año Horas Minutos		19. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	20. EDAD GESTACIONAL <u>37</u> Semanas
21. TALLA <u>50</u> Centímetros	22. PESO AL NACER <u>2685</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>01</u>	
24. TAMIZ AUDITIVO <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tres o más <input type="radio"/> Especifique: _____	
26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O a) <u>Ninguna</u> <u>Aparente</u> b) _____			
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> <u>Clinica Promedica San Jose</u> de Salud BIENESTAR 27.1 Nombre de la unidad médica IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> <u>DIFISIMIDIO 11511231</u> 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Especifique: _____			
28. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO <u>00:05</u> Horas Minutos		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="radio"/> Distócico <input checked="" type="radio"/> ¿Se usaron forceps? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: _____ Programado <input type="radio"/> De urgencia <input checked="" type="radio"/>	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico/a <input type="radio"/> Enfermero/a <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partero/a <input type="radio"/> Otro/a <input type="radio"/> Especifique tipo de médico/a <input checked="" type="radio"/> Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro/a especialista <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> General <input type="radio"/> MPSS <input type="radio"/> MP <input type="radio"/>			
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Avenida</u> <u>Javier Rojo Gómez</u> <u>235</u> <u>Colonia</u> 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 <u>Agriola Oriental</u> <u>085010</u> <u>Agriola Oriental</u> 31.6 Nombre del asentamiento humano 31.7 Código Postal 31.8 Localidad <u>Iztacalco</u> <u>Ciudad de México</u> 31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Entidad federativa			

32. NOMBRE <u>David Gregorio</u> <u>Fonseca</u> <u>Ramírez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
33. CERTIFICADO POR Médico podiatra <input type="radio"/> Médico/a Gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro/a médico/a <input type="radio"/> Enfermero/a <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Partero/a <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Especifique: _____	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional <u>11019187</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 <u>Avenida</u> <u>Javier Rojo Gómez</u> <u>235</u> <u>Colonia</u> 36.1 Tipo de vivienda 36.2 Nombre de la vivienda 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int. <u>Agriola Oriental</u> <u>085010</u> <u>Agriola Oriental</u> 36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Código Postal <u>Iztacalco</u> <u>Ciudad de México</u> 36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldía 36.10 Entidad federativa <u>155112045618</u> 36.11 Teléfono	
37. FIRMA <u>[Firma]</u>	38. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>01/02/2022</u> 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

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS.  
POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO SEXTO) 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

030684704  
Recibi certifica original 02/feb/22  
MEJIA SEDEÑO FABIOLA



**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 ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

- 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 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 (al) 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 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 auxíliase con la información proporcionada por la madre o 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.
- Sólo 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 DDMM/AAJJ, 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, Calzada, Peatonal, Boulevard), nombre de la vialidad, Núm. exterior (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 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.

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) nacida/o viva/o.

5) **CONDICIÓN INDÍGENA.** 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 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 este 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 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 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) 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/e 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 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) **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) NACIDA/O VIVA/O?** 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 derechohabiencia 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 derechohabiencia, anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabiencia 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 el embarazo se interrumpieron los estudios.

16) **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, mesera/o, maestra/o). En 16.1 marque la opción "Si" 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/o, pensionada/o, 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 HH:MM:SS, usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 00:00:05).

19) **SEXO.** Si no es posible definir el sexo de la (del) nacida/o viva/o, 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 capurro, 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.

22) **PESO AL NACER.** Anote el peso de la (del) nacida/o viva/o expresado en gramos (ej. Si la (el) nacida/o viva/o pesa 2 kilos 350 gramos, anote: 2350 gramos).

26) **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.


27) **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.

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 éste) o cesárea.

30) **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 -MPSS- o Médica/o Interno de Pregrado -MIP-). Cuando aplique (opciones con " \* ") especifique en el espacio asignado para tal fin.

33) **CERTIFICADO POR.** Marcar la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por una (un) Médica/o Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médica/o 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 el 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			Sello oficial de la Unidad Médica
1) Núm. de pregunta:	<u>36.6</u> Corrección: <u>Agricultura Oriental</u>		
2) Núm. de pregunta:	____ Corrección: _____		
3) Núm. de pregunta:	____ Corrección: _____		
Responsable de la corrección:	<u>David Guevara</u>	<u>Fonseca</u>	<u>Ramírez</u>
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
			<u>[Firma]</u> Firma