

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1900-1901

FDI ID

029986699

1. NOMBRE		2. LUGAR DE NACIMIENTO		3. FECHA DE NACIMIENTO		4. EDAD		5. CONDICIÓN INDÍGENA		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	
Brenda Shantal		Pueblo		10/10/1979		41		5.1 ¿Se considera indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique:		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"/>		Calle Sin Nombre 163 Colonia Juan Galindo		03 Se ignora <input type="radio"/>		9.1 Nacidas/os Muertas/os 01 Se ignora <input type="radio"/>		10.1 Vive aún Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)		2.1 Municipio o Alcaldía		Día Mes Año		Años		5.1 ¿Se considera indígena?		5.2 ¿Habla alguna lengua indígena?		7.1 Tipo de vivienda		7.2 Nombre de la vivienda		7.3 Núm. Ext.		7.4 Núm. Int.		7.5 Tipo de asentamiento humano	
CUUVB7911010NPLRIZRIO1		Naran Araya		10 10 1979		41		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique:		Barrios		Sin Nombre		163		Juan Galindo		Colonia Juan Galindo	
6.1 Situación conyugal		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		12.1 ¿Recibió atención?		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta		12.3 Total de consultas recibidas		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
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"/>		Barrios		73200		Pueblo		Juan Galindo		Pueblo		764121044516		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Primero <input checked="" type="radio"/> Segundo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		08 Se ignora <input type="radio"/>		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		15. ESCOLARIDAD		16. OCUPACIÓN HABITUAL		17. EDAD DEL PADRE		18.1 La escolaridad seleccionada es		18.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo?		19.1 Ocupación habitual		19.2 Trabajo actualmente		20.1 Edad del padre		20.2		20.3	
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Ninguna <input type="radio"/> Técnico terminal con secundaria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" 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"/>		Empleada		34		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Empleada		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		34		Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
14.1 Número de seguridad social o afiliación		15.1 La escolaridad seleccionada es		16.1 Ocupación habitual		17.1 Edad del padre		18.1 La escolaridad seleccionada es		18.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo?		19.1 Ocupación habitual		19.2 Trabajo actualmente		20.1 Edad del padre		20.2		20.3	
CUUVB-991010/20 292040		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		Empleada		34		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Empleada		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		34		Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

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

18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		19. SEXO		20. EDAD GESTACIONAL	
15/10/2020 11:10 Día Mes Año Horas Minutos		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		38 Semanas	
21. TALLA	22. PESO AL NACER	23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS		24. TAMIZ AUDITIVO	
51 Centímetros	3400 Gramos	23.1 APGAR (A los 5 minutos) 09 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) 11		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS	25.1 BCG	25.2 Hepatitis B	25.3 Vitamina A	25.4 Vitamina K	26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O					*Especifique:
a) Ninguna Aparente					
b)					
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO					
Secretaría <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 Otra unidad <input type="radio"/> 8 Hospital Angeles					
de Salud Bienestar pública 28.1 Nombre de la unidad médica					
IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica <input checked="" type="radio"/> 10 TILS MIPLO 105611					
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
Vía pública <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12					
Otro lugar* <input type="radio"/> 13					
*Especifique:					
28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO		29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO			
11:51 Horas Minutos		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:			
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 Otra/o* <input type="radio"/> 6					
*Especifique:					
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					
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO					
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					
31.6 Nombre del asentamiento humano 31.7 Código Postal 31.8 Localidad 31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Entidad federativa					

DATOS DE LA(DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE Fernando Hernandez De la Cruz
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido

33. CERTIFICADO POR
Médico/a pediatra ☒ : Médico/a Gineco-obstetra ☐ 7 Otro/a médico/a ☐ 2 Enfermera/o ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4
Partera/o ☐ 5 Autoridad civil ☐ 6 *Especifique _____

34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional: 09262185

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

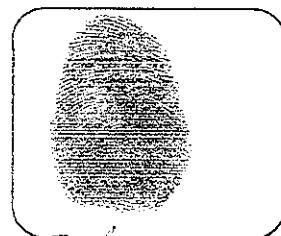
Calle 2 de Abril 411
36.1 Tipo de vía 36.2 Nombre de la vía 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int.

Colonia Centro 19013010
36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Código Postal

Apizaco Apizaco
36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldía

Tlaxiaco 241141181201321

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

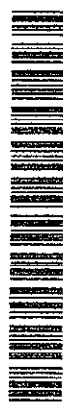


FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

Hospital
Angeles de Amor

SECRET

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE RECONSTRUIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS, POR MANDATO CONSTITUCIONAL (ART. 4, PÁRRAFO DVO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS.



029986699

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 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 gestante-hija/o.
- 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 (a) 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 DD/MM/AA:AA: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 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.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 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) En 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 00. 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. Pare 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 derechohabencia 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 derechohabencia, anotar en 14.1 el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabencia 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) OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre o gestante (ej. enfermera/o, secretaria/o, masera/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 00:05:00).
- 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 período 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 En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre o gestante: nombre(s) y apellidos.

1) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____

2) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____

3) Núm. de pregunta: _____ Corrección: _____

Sello oficial de la Unidad Médica

