# (3)

### SECRETARÍA DE SALUD

026610613

|   | 1. NUMBER  |  |   | 22 - 22  | 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 1   |  |
|---|--|--|---|--|--|--|
|   | - Miladas  | Lucero Ad  | MOAIL I   | MINETINCE  | Separate Armelia   | The same of the sa |
|   | THE REAL PROPERTY AND ADDRESS.   | source or non-access sources   | MAIMLA  | CIMITIFIED S   | FURCIOIS   | - soulo  |
|   | S THOMAS OF STREET   | ENONDAMO &   | ACCANIBLE   | - Thiste   | CIC TEDER  | 02 11  |
|   | A PECHA DE NACIADES  | ero e man  | TATES AND ADDRESS OF THE PARTY OF   |  | TO THE O   | W 0.   |
|   | 15 (15)312   | 933 35   | -O. 100;  |  | as intelligence restricts?   |  |
|   | A ESTADO CONYUGAL  |  |   |  | Substantial Country  | Dir Secondar   |
| ***                                     | 3. RESIDENCIA HABITA   | MYTELEFOND CALL  | SAVI A  | VICEALC TOP AT   | NI SCEZ  | 1 SAZ  |
| 3                                       | - 000  | 14114  | CEX   | SIKO   |  | 151150   |
| ATOS DE LA M                            | 1314   | word U.S.  | NUSTIAND  | APRAMICA CLUB  | AD DE MEXICO   | A LL ADDED TO A  |
|   | S NUMERIO DE EMBARA<br>STORIGO EL ACEDAD   | AROS S. NOMERO DE HUOS (AS   | 0,0,0,0,0   |  | 1 - 10 1 me me m 10 1  | ORDEN DEL NACIMIENTO   |
|   | 0.31   | 8.2 Nacotox Visna (as) (   | O 1 3   the ignora Opp  | No ha jernilis etros fapa (84)   |  | O. 31 to come  |
| -                                       | 12 ATENCION PRENATA  | 9.2 Determinants \$  | OS 150 terum Out  | n et que reciteó la primera consulta   |  | tal de consultes recitorias  |
|   | 12 1 checket steroom   | to make the Other designations   | On Person Que   | Segundo Og Temero Og   |  | S Sergrom On   |
|   | 13. ¿VIVE LA MADRIE DE<br>NACIDO (A) VIVO (A)  | EL IAI = \$5, NO O2  | 13 f En caso regativo, escr   | riba of numero de folio del Certificado de   | Detunction   | 1 1-1 1 1  |
|   | A SERVICIOR  | Commercial  | SEDENA OB S   |  |  | 11.60  |
|   | 15. ESCOLARIDAD  | NESSON PEMEXON   |   | MSS Prospera O <sub>10</sub> Se ignora O   | 00 14 1 Normand do serpi   | redad source o affine con-   |
|   | ~  |  |   | Francisco and a Bushatanova (50)   | Comple   | mul@1 Incomplete O2  |
|   | 16. OCUPACIÓN HABITU   | MANTENYM   | 11ENTO  | Sa ignora Ogg   10   | 1 Trabiqui actualmente (5)   | NoO2 Se ignora Op  |
|   | 17. FECHA Y HORA DEL<br>NACIMIENTO   | 122110120  | 201101105   | 1 18 SEXO Homber On Ma   | 19 EDAD GESTAC   | IONAL 40 Semi  |
|   | B.P. Lune  | 21. PESO AL NACES  | 3 1 8 0 Gran  |  | 22 2 SILVERMAN O C   | 23 TAMIZ AUDITIV   |
|   | L  | CUNAS Y COMPLEMENTOS   | 2 1 8 0 Com   | (A los 5 minutos)  Vitaminas   | (A los 5 minutos)  | O DE UN EMBARAZO   |
| NTO                                     | JA TROOD SI ON NO  |  | N (X) 24 3 (A) 8  | 1 O1 No 82 24 4 (K) SI 84  | tent in  | meiar O2 Tres o mus O  |
| ME                                      | 26. ANOMALIAS CONGÉ  | NITAS. ENFERMEDADES O LESI   |   | - Total  | -0   | opisa cit  |
| NAG                                     | - NO   | APARENT  | EZ  | AL NO A  | -  |  |
| THO I                                   | 27 RESOLUCIÓN DEL EX   | WARATA TO  |   | GOOD AND ADDRESS OF THE PARTY O |  | 1  |
| 707                                     |  | Designation O4 -> 450 usan   | on Airceps? St. Ot No.  | Ogo Cesárea Og Otro  | Oa → Especifique   |  |
| ×                                       | 28 SITIO DE ATENCIÓN   | The second secon | The second secon                    |  |  |  |
| 0                                       |  |  | IMSS Otra   | unidad O HEEP REG  | . 1º DOTUBE  |  |
| ACIDO                                   | Constant On 1985   | STE Q4 SEDENA OB   |   | publica O8 28 11   | T   O   O   O   O   O  | Flogar   |
| EL NACIDO                               | 200 PCM  | SEMARO7  |   | medica O8  | lombre de la unidad medica   | Flogar   |
| OS DEL NACIDO                           | aus Os PCM   | SEMAR O7   | Unidad  | publica O8 28 11   | de Establecimientos, de Salud (C   | Ploque   Ploque   Otro lugar   |
| DATOS DEL NACIDO                        | ans O3 PCM 28 PERSONA QUE ATEN MASSE Ø1 → Extremels O2   | SEMAR O7  SEMAR O7  SOID EL PARTO  Greco-obaletta 🍎 15  Persona autorizada por la Sec  | Unided i  | publica O 8  medica O 10  28 2 Glave Unica  Residente O 13  Parters O 4  | identifice de la unidad médica  17 0 0 0 0 0  de Establecimientos de Salud (Co  eral 0 14 MPSS 0  Otro* 0 8 *Especifique   | Hogae LUES) Otro hugar  MIP O 16   |
| DATOS DEL NACIDO                        | ans O3 PCM 28 PERSONA QUE ATEN MASSE Ø1 → Extremels O2   | SEMAR O7  SEMAR O7  SOIO EL PARTO  Giasco-obstetra 🖔   | Otro especialista* 012 zetaria de Salud* 03   | Residente Ota Ser Partera Ota So 2 Nombro de la Validad  | identifier de la unidad médica  1.7 (0) (0) (0) (0)  de Establecimientos de Salud (0)  eral (14) MPSS (0)  Dim* ()8 *Especifique*  20.3 Nix* 30.3 Nix*   | Hogas   Hogas   Otro hugur   Ot |
| DATOS DEL NACIDO                        | 25 PERSONA QUE ATEN MASSE Ø1 → ENGREDO 2 26 DONNECUJO BONDE OC   | SEDENA O 6  SEMAR O 7  DIO GEL PARTO  Genero-obstetra O 15  Persona autorizada por la Sec  CURRIO A J D 1 Topo de amildad  | Otro especialista* O 12 zetara de Salud* O 3  | Residente Ota Ger Partera Ota So 2 Nombre de la Vialidad   | icenture de la unidad médica  LT (O) O O O  de Establecamientos, de Salud (O  aral O 14 MPSS O  Dim O 8 Especifique  A A A A A A A A A A A A A A A A A A A   | Hogasi Otro lugari<br>MIP Oss<br>m Exterior 50.4 Num<br>Oss 30.7 Cortigo Possari   |
| DATOS DEL NACIDO                        | DE DOME NO DONDE OF EL MACIME NTO  | SEMAR O7  DIO EL PARTO  Cineco-obstetra O12  Persona autorizada porta Sec  CURRIO AU D1 AA  30.1 Tipo de validad  Autorizada porta Sec   | Otro especialista* O 12 zetara de Salud* O 3  | publica O 8  medica O 10  28 2 Glave Unica  Residente O 13  Parters O 4  | icenture de la unidad médica  LT (O) O O O  de Establecamientos, de Salud (O  aral O 14 MPSS O  Dim O 8 Especifique  A A A A A A A A A A A A A A A A A A A   | Hogasi Otro lugar Otro |
|   | 29 PERSONA GUE ATEN NASSE Ø1 → ENSEMBLE Ø1 EL NACIMENTO   | SEDENA 06 SEMAR 07 DIÓ EL PARTO Genero-obstetra 015 Persona autorizada por la Seg CURRIO AU DIÓ DA devisibilidad AU DIÓ EL PARTO SULT Tipo devisibilidad AU DIÓ DA devisibilidad Sultarriendo flumano  | Otro especialista* O 12 zebera de Salud* O 3  J. N. STITUT  ALAG M.   | Residente 043 Ger Partera 04 30 2 Nombre de la vialidad 30 0 Nombre de la sentamento hun   | icenture de la unidad médica  LT (O) O O O  de Establecamientos, de Salud (O  aral O 14 MPSS O  Dim O 8 Especifique  A A A A A A A A A A A A A A A A A A A   | Hogasi Otro lugari  MIP O16  M |
| 1                                       | 28 PERSONA QUE ATEN MASSE Ø1 →  ENDOMICEUS BONDE OF EL BACIMENTO  SE DOMICEUS DONDE  SE  | SEMAR O7  DIO EL PARTO  Cineco-obstetra O12  Persona autorizada porta Sec  CURRIO AU D1 AA  30.1 Tipo de validad  Autorizada porta Sec   | Otro especialista* O 12 zetarra de Salud* O 3  J.N. STITUT  MAG.WI  | Residente 0 13 Ger Partera 0 4  Partera 0 4  30 2 Nombre de la validad 30 8 Nombre de la sentamento hun 20 30 Muracipio o delegacion   | identifier de la unidad médica  CT O O O O O  de Establecimientos, de Salud (O  aral O 14 MPSS O  Dim* O 8 Especifique  D A A A A A A A A A A A A A A A A A A  | Hogar Otro lugar Otro  |
| 1                                       | 29 PERSONA GUE ATEN NASSE Ø1 → ENSEMBLE Ø1 EL NACIMENTO   | SEDENA O 6  SEMAR O 7  DIÓ EL PARTO  Genero-obstetra O 15  Persona autorizada por la Seg  CURRIO A U E 3 A A A A A A A A A A A A A A A A A A   | Otro especialista* O <sub>12</sub> zetaria de Salud* O <sub>3</sub> J.N.STITUT  MAG.Y.  | Residente 013 Ger Partera 04  28 2 Clave Unica  Residente 013 Ger Partera 04  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre del asentamiento hun ASTRA   | identifier de la unidad médica  ST 0 0 0 0 0  GE Establecimientos de Salud (C  anal 014 MPSS 0  Dim* 08 Especifique  20.3 Niu  Ano  C C D A D  Seguinos  | Hogar Oero logar  15 MIP O15  MP O15  MP O15  MP O15  MP O15  MP O16   |
| 1                                       | 25 PERSONA QUE ATEN MASSE Ø1 →  ENACHEENTO  26 DOMICEUS DONDE OF EL BACKEENTO  27 TOPS OF BERN 28 NOMBERE  29 NOMBERE  20 CERTIFICADO POR MASSE OF STATE OF  | SEDENA OB  SEMAR O7  SONO EL PARTO  Cineco-obatetra O15  Persona autorizada por la Sec  CURRIO AU EN LA A  AU 1 Tipo de validad  Nombre (s)  Nombre (s)  | Unidad do Otro especialista* O 12 zetaria de Salud* O 3 IN STITUTI O UNITAD DE CONTROL D                    | Residente 0 13 Ger Partera 0 4 Partera 0 10 Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud* 0 4 Partera 0 10 Partera 0 10 Persona autorizada por la Secretaria de Salud* 0 4 Partera 0 10 Partera 10 10 Partera 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10  | identifiere de la unidad médica  CIT O O O O  de Establecimientos, de Salud (C  eral O 14 MPSS O  Dirn* O 8 Especifique  30.3 Nu  ano  CIE D 30.10  Segu  O 5 civil* O 6   | MIP O15  MIP O15  MIP O16  MIP |
| 1                                       | 28 PERSONA QUE ATEN MASSE Ø1 →  ENDOMICEUS BONDE OF EL BACIMENTO  SE DOMICEUS DONDE  SE  | SEDENA OB  SEMAR O7  SONO EL PARTO  Cineco-obatetra O15  Persona autorizada por la Sec  CURRIO AU EN LA A  AU 1 Tipo de validad  Nombre (s)  Nombre (s)  | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3 INISTITUT ALAGMA GUSTA  C2 Enfermera O3 UNIDAD MÉDICA QUE PR  | Residente 013 Ger Partera 04 So 2 Nombre de la vialidad So 30 Nombre de la vialidad So Nombre de la vialidad Partera Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 04 Partera Roporcionó EL CERTIFICADO S   | identificate de la unidad médica  La Table Color | Hogar Otro lugar Otro Apellido Otro lugar Otro Apellido Otro lugar |
| 1                                       | 29 PERSONA GUE ATEN  NAME OF PERSONA GUE ATE | SEDENA OB  SEX OS SEMAR O7  DOIO EL PARTO  Cinecco-obatelra O15  Persona autorizada por la Sec  CURRIO AU DICAA  SU 1 Tipo de visilidad  Nombro (6)  MODIO EL PARTO  OTO MODIO  SAMEDICO  34  34   | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  MAGYA  GUST  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  | Residente 043 Ger Partera 04  Partera 04  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre de la sentamiento hun AND Perma Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 04 Partera  ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO S  ge la unidad médica  | Compres de la unidad médica  La Tablecimientos, de Salud (Co  de Establecimientos, de Salud (Co  de Establecimientos, de Salud (Co  anal O14 MPSS O  Dim* O8 Especifique  30.3 Niz  ano  Clauda O14  Segu  La Nacimiento Ocurrio F  La Nacimiento Ocurrio F  34.2 Clave Unica de Esta  ACCOL A1  | Hogas Oero lugar  15 MIP O 15  MIP O |
| 1                                       | 25 PERSONA QUE ATEN MANDE DO 1  26 DOMICILIO BONDE OC EL BACIMENTO  27 NOMBRE 27 NOMBRE 28 CERTIFICADO POR MANDE DOMICILIO | SEMAR O7  SONO EL PARTO Comerco cobateltra O15  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EL TIPO de vialidad  AU 1 Tipo de vialidad  Nombre (s)  SMEDICO 34 1 Tipo de vialidad  | Otro especialista* O12 zelaria de Salud* O3  IN STITUT  MAC194  GUST 7  C1 STITUT  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  | Residente 013 Gen Partera 04  Residente 013 Gen Partera 04  So 2 Nombre de la vialidad  So 1 Nombre de la sentamiento hun No Nombre de la sentamiento hun Primer Apellido  Persona autorizada por la Secretaria de Salud 04 Parten ROPORCIONO EL CERTIFICADO S de la unidad médica  So 2 Nombre de la vialidad   | icontine de la unidad médica de Establecimientos, de Salud (C de Establecimiento, de Salud (C seguinto de Establecimiento ocurrilo F de La Cinve Unica de Establecimiento ocurrilo F de Calva (L)  35.3  | Hogse  Oero lugar  MIP O15  MI |
| 1                                       | 25 PERSONA GUE ATEN  MASSE DI  26 DONNECI DI DONDE OC  EL NACIMENTO  27 DE DONNECI DI DONDE OC  EL NACIMENTO  28 DONNECI DI DONDE OC  EL NACIMENTO  29 DONNECI DI DONDE OC  EL NACIMENTO  20 DE DONNECI DI DONNECI  20 DE DONNECI DI DONNECI  20 DE LI CERTIFICANTE (1)  AUTORIO de COMO  COLLO CALCA  COLLO     | SEMAR O7  SONO EL PARTO Comerco cobateltra O15  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EL TIPO de vialidad  AU 1 Tipo de vialidad  Nombre (s)  SMEDICO 34 1 Tipo de vialidad  | Otro especialista* O <sub>12</sub> zetaria de Salud* O <sub>3</sub> IN STITUT  ALAGY  QUENTALISTA  QUE | Residente 0 13 Gerrarda 0 10 28 2 Clave Unica  Residente 0 13 Gerrarda 0 10 28 2 Clave Unica  Residente 0 13 Gerrarda 0 10 28 2 Clave Unica  Partera 0 1   | Compres de la unidad médica  La TORIO O CO  de Establecimientos, de Salud (Co  eral O 14 MPSS O  Dim* O 8 Especifique  Seguinario O 14 Seguina | Hogse   Otro lugar    MIP O16  MIP O16  MIP O16  MIP O16  MIP O16  To Cording Popular    O Entidad federativa    Especifique    UERA DE UNA UNIDAD    Lucia Decimientos de Satua (C. Num Ederior 35.4  |
| 1                                       | 25 PERSONA GUE ATEN  MASSE DI  26 DONNECI DI DONDE OC  EL NACIMENTO  27 DE DONNECI DI DONDE OC  EL NACIMENTO  28 DONNECI DI DONDE OC  EL NACIMENTO  29 DONNECI DI DONDE OC  EL NACIMENTO  20 DE DONNECI DI DONNECI  20 DE DONNECI DI DONNECI  20 DE LI CERTIFICANTE (1)  AUTORIO de COMO  COLLO CALCA  COLLO     | SEDENA OB  SENAR O7  SEMAR O7  SENAR | Unidad de Como especialista* O 12 zetaria de Salud* O 3 IN STITUTO O 2 Enfermera O 3 UNIDAD MÉDICA QUE PE MA CONTINUE O MA CONTI                    | Residente 0 13 Gerrarda 0 10 28 2 Clave Unica  Residente 0 13 Gerrarda 0 10 28 2 Clave Unica  Residente 0 13 Gerrarda 0 10 28 2 Clave Unica  Partera 0 1   | Control de la unidad médica  La Stablecimientos de Salud (C  La Salud  | Hogas   Oero lugar    MIP O16  S0 7 Codrligo Postal  Contidad federativa  Especifique  UERA DE UNA UNIDAD  Labilectrimentos de Salud (Companyon de Codrligo Postal  Num Exterior 35.4   Oero lugar  Num Exterior 35.4  |
| 3 | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DI  26 DOMICILIO BONDE OC  EL NACIMENTO  COLO  26 DAMORRE  27 CERTIFICADO POR  Montano de conte  Normero de conte  DOMICILIO Y TELEFONE  COLO  38 5 Tipo de avanta  | SEDENA OB  SENAR O7  SEMAR O7  SENAR | Otro especialista* O <sub>12</sub> zetaria de Salud* O <sub>3</sub> IN STITUT  ALAGY  QUENTALISTA  QUE | Residente 0 13 Gerrarda 0 10 28 2 Clave Unica  Residente 0 13 Gerrarda 0 10 28 2 Clave Unica  Residente 0 13 Gerrarda 0 10 28 2 Clave Unica  Partera 0 1   | control de la unidad médica de Estableccimientos de Salud (C de Estableccimiento (C de Establecci | Hogar Oero lugar of Oero lugar |
| 3 | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 DOMICILIO DONDE OC  EL RIACIMENTO  27 DO SI BELLE  28 DOMICILIO POR  AND PORTONI  29 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND TOPO de aventue  26 DOMICILIO Y TELEFONE  27 DOMICILIO Y TELEFONE  28 S Topo de aventue  28 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  20 S S S Topo de aventue  20 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S  | SEMARO 7  SONO EL PARTO Comerco obstetra 2015  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EN IDA 30.1 Tipo de visilidad Nombre (s)  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  Trace obstetra 07 Otro médico*  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  ALAG SAL  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  34.1 Nombre o  MAC, DACI  35.6 Murricipio o delegaci   | Residente 013 Ger Partera 04  Partera 04  30.2 Nombre de la vialidad  30.0 Nombre de la sentamiento hun  ASTR Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 04 Partera  30.2 Nombre del asentamiento hun  ASTR  Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 04 Partera  35.2 Nombre del asentamiento hun  35.4 Nombre del asentamiento hun  35.5 Nombre del asentamiento hun  35.6 Nombre del asentamiento hun  35.7 FECHA DE CEI  | eral O14 MPS O  aral O14 MPS O14 MPS O  aral O | MIP O16  MIP |
| 3 | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 DOMICILIO DONDE OC  EL RIACIMENTO  27 DO SI BELLE  28 DOMICILIO POR  AND PORTONI  29 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND TOPO de aventue  26 DOMICILIO Y TELEFONE  27 DOMICILIO Y TELEFONE  28 S Topo de aventue  28 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  20 S S S Topo de aventue  20 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S  | SEDENA OB  SENAR O7  SEMAR O7  SENAR | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  ALAG SAL  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  34.1 Nombre o  MAC, DACI  35.6 Murricipio o delegaci   | Residente 0 13 Gen Partera 0 4  Partera 0 4  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre de la sentamento hun Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 0 4 Partera ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO S de la unidad médica  35 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  37 FECHA DE CEI  HUELLA   | control de la unidad médica de Estableccimientos de Salud (C de Estableccimiento (C de Establecci | Hogar Oero lugar of Oero lugar |
| 33 35                                   | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 DOMICILIO DONDE OC  EL RIACIMENTO  27 DO SI BELLE  28 DOMICILIO POR  AND PORTONI  29 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND TOPO de aventue  26 DOMICILIO Y TELEFONE  27 DOMICILIO Y TELEFONE  28 S Topo de aventue  28 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  20 S S S Topo de aventue  20 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S  | SEMARO 7  SONO EL PARTO Comerco obstetra 2015  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EN IDA 30.1 Tipo de visilidad Nombre (s)  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  Trace obstetra 07 Otro médico*  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  ALAG SAL  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  34.1 Nombre o  MAC, DACI  35.6 Murricipio o delegaci   | Residente 0 13 Gen Partera 0 4  Partera 0 4  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre de la sentamento hun Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 0 4 Partera ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO S de la unidad médica  35 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  37 FECHA DE CEI  HUELLA   | CLEVANO O CONTROL O CONTRO | Hogar Oero lugar of Oero lugar |
| 33 35                                   | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 DOMICILIO DONDE OC  EL RIACIMENTO  27 DO SI BELLE  28 DOMICILIO POR  AND PORTONI  29 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND TOPO de aventue  26 DOMICILIO Y TELEFONE  27 DOMICILIO Y TELEFONE  28 S Topo de aventue  28 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  20 S S S Topo de aventue  20 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S  | SEMARO 7  SONO EL PARTO Comerco obstetra 2015  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EN IDA 30.1 Tipo de visilidad Nombre (s)  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  Trace obstetra 07 Otro médico*  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  ALAG SAL  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  34.1 Nombre o  MAC, DACI  35.6 Murricipio o delegaci   | Residente 0 13 Gen Partera 0 4  Partera 0 4  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre de la sentamento hun Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 0 4 Partera ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO S de la unidad médica  35 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  37 FECHA DE CEI  HUELLA   | CLEVANO O CONTROL O CONTRO | Hogar Oero lugar of Oero lugar |
| 3 | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 DOMICILIO DONDE OC  EL RIACIMENTO  27 DO SI BELLE  28 DOMICILIO POR  AND PORTONI  29 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND TOPO de aventue  26 DOMICILIO Y TELEFONE  27 DOMICILIO Y TELEFONE  28 S Topo de aventue  28 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  20 S S S Topo de aventue  20 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S  | SEMARO 7  SONO EL PARTO Comerco obstetra 2015  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EN IDA 30.1 Tipo de visilidad Nombre (s)  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  Trace obstetra 07 Otro médico*  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  ALAG SAL  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  34.1 Nombre o  MAC, DACI  35.6 Murricipio o delegaci   | Residente 0 13 Gen Partera 0 4  Partera 0 4  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre de la sentamento hun Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 0 4 Partera ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO S de la unidad médica  35 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  37 FECHA DE CEI  HUELLA   | CLEVANO O CONTROL O CONTRO | MIP O16  MIP |
| 3 | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 DOMICILIO DONDE OC  EL RIACIMENTO  27 DO SI BELLE  28 DOMICILIO POR  AND PORTONI  29 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND TOPO de aventue  26 DOMICILIO Y TELEFONE  27 DOMICILIO Y TELEFONE  28 S Topo de aventue  28 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  20 S S S Topo de aventue  20 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S  | SEMARO 7  SONO EL PARTO Comerco obstetra 2015  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EN IDA 30.1 Tipo de visilidad Nombre (s)  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  Trace obstetra 07 Otro médico*  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  ALAG SAL  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  34.1 Nombre o  MAC, DACI  35.6 Murricipio o delegaci   | Residente 0 13 Gen Partera 0 4  Partera 0 4  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre de la sentamento hun Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 0 4 Partera ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO S de la unidad médica  35 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  37 FECHA DE CEI  HUELLA   | CLEVANO O CONTROL O CONTRO | MIP O16  MIP |
| 3 | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 DOMICILIO DONDE OC  EL RIACIMENTO  27 DO SI BELLE  28 DOMICILIO POR  AND PORTONI  29 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND TOPO de aventue  26 DOMICILIO Y TELEFONE  27 DOMICILIO Y TELEFONE  28 S Topo de aventue  28 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  20 S S S Topo de aventue  20 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S  | SEMARO 7  SONO EL PARTO Comerco obstetra 2015  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EN IDA 30.1 Tipo de visilidad Nombre (s)  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  Trace obstetra 07 Otro médico*  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  ALAG SAL  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  34.1 Nombre o  MAC, DACI  35.6 Murricipio o delegaci   | Residente 0 13 Gen Partera 0 4  Partera 0 4  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre de la sentamento hun Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 0 4 Partera ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO S de la unidad médica  35 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  37 FECHA DE CEI  HUELLA   | CLEVANO O CONTROL O CONTRO | MIP O16  MIP |
| 33 35                                   | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 DOMICILIO DONDE OC  EL RIACIMENTO  27 DO SI BELLE  28 DOMICILIO POR  AND PORTONI  29 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND TOPO de aventue  26 DOMICILIO Y TELEFONE  27 DOMICILIO Y TELEFONE  28 S Topo de aventue  28 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  20 S S S Topo de aventue  20 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S  | SEMARO 7  SONO EL PARTO Comerco obstetra 2015  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EN IDA 30.1 Tipo de visilidad Nombre (s)  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  Trace obstetra 07 Otro médico*  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  ALAG SAL  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  34.1 Nombre o  MAC, DACI  35.6 Murricipio o delegaci   | Residente 0 13 Gen Partera 0 4  Partera 0 4  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre de la sentamento hun Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 0 4 Partera ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO S de la unidad médica  35 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  37 FECHA DE CEI  HUELLA   | CLEVANO O CONTROL O CONTRO | MIP O16  MIP |
| 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3   | 25 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 PERSONA QUE ATEN  MASSE DA PEM  26 DOMICILIO DONDE OC  EL RIACIMENTO  27 DO SI BELLE  28 DOMICILIO POR  AND PORTONI  29 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND PORTONI  20 DOMICILIO POR  AND TOPO de aventue  26 DOMICILIO Y TELEFONE  27 DOMICILIO Y TELEFONE  28 S Topo de aventue  28 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  29 S S Topo de aventue  20 S S S Topo de aventue  20 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S  | SEMARO 7  SONO EL PARTO Comerco obstetra 2015  Persona autorizada por la Sec CURRIO AU EN IDA 30.1 Tipo de visilidad Nombre (s)  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  Trace obstetra 07 Otro médico*  SMEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  MEDICO 34 36.1 Tipo de visilidad  | Otro especialista* O12 zetaria de Salud* O3  IN STITUT  ALAG SAL  O2 Enfermera O3  UNIDAD MÉDICA QUE PR  34.1 Nombre o  MAC, DACI  35.6 Murricipio o delegaci   | Residente 0 13 Gen Partera 0 4  Partera 0 4  30 2 Nombre de la vialidad  30 0 Nombre de la sentamento hun Primer Apellido Persona autorizada por la Secretaria de Salud 0 4 Partera ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO S de la unidad médica  35 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  36 2 Nombre de la vialidad  37 FECHA DE CEI  HUELLA   | CLEVANO O CONTROL O CONTRO | MIP Oreo lugar ( Oero lugar ( O |

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCION QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMPARAZO Y QUE DESPUES DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZON, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MUSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDON UMBILICAL Y ESTE O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA (CIE-10 VOLUMEN 2).

### INSTRUCCIONES GENERALES

- El Certificado de Nacimiento debe llenarse en las primeras veinticuatro noras postenoras al nacimiento, una vez curroporad el hecho y el vinculo medire-hijosa.

  Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación alcoa de la madre (que preterantemente contenga su domicios).

  El Cartificado de Nacimiento debe ser expedido por unica vez a todo nacido vivo en territorio nacional, en forme gratula y obligatoria por la persona que asenda por la persona que asenda para ello por la autoridad santaria combetente.

  Liena un Certificado de Nacimiento por cada producio nacido vivo, elabore lantos certificados geno producto inacidos vivos respués de la certificado de el persona que asenda para el por la persona combetente.

  Liena un Certificado de Nacimiento por cada producio nacido vivo, elabore lantos certificados geno producto inacidos vivos resultente del nacimiento.

  Este certificado de del algunarse en original y dos copias, entregándose el original a la macire con la mistrocción de llavario lo anies posible al Registro Civil pera transia.

  Sel nacimiento poura se una suficial médica consulte la historia clínica de la madre y un dos unacidos vivos resultente senardo de este certificado no acual en el certificado de el capiticado para al covirsos senardo de este certificado de la capital de este certificado no acual de la madre y un dos unacidos de vivos resultente senardo de este certificado de la contrato.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre y su documento de identificación para el correcto lienado de este certificado en es auxiliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.

- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de moide clara y legibile o con maquina de escribir. No use abreviaturas.

  Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias.

  Este documento no es vásido con lachaduras o enmendaduras, para realizar correcciones debe utilizarse el espacio de "FE DE ERRATAS" cuyas instrucciones y excludeben consultarse en el Manual del Lienado del Certificado de Nacimiento.
- Marque con una "X" sobre el circulo correspondiente a la respuesta. Marque una sola opción, excepto la pregunta número 14.

  Solo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenería. Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X" en el caso de cesallene con "nueves" y en el caso de respuestas a abertas anote "Se ignora".

  Para las conociones se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenería. Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X" en el caso de cesallene con "nueves" y en el caso de respuestas a abertas anote "Se ignora".
- Para las preguntas con opcio
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin
  Para los preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin
  Para los domicilios anote. Tipo de vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad (e) Calle, Avenida, Calle, Ave
- Para mas detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento

#### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE, Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el(los) nombre(s), seguido del primer y segundo apellido, tal cual aparezca en su identificación dicial. En la pregunta 1,1 CURP agote los recursos disponibles para obtenería.

  2. LUGAR DE NACIMIENTO, Anote el nombre del municipio o delegación y de la entidad federativa donde nació la madre. Si ésta nació en el extranjero, deje en oblanco la pregunta municipio o delegación y anote el nombre del municipio o delegación y de la entidad federativa.

  4. EDAD, Registre la ecda d'umplicia en años de la madre. Revise a la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre y la fecha de nacimiento del nacido vivo.

  5. En 5.1 merque si la madre se considera o no indigena. En 5.2 indique si la madre habita alguna lengua indigena y en caso afirmativo especifique en 5.3 la iengua.

  7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO, Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre 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 de éste.

  8. NUMERO DE EMBARAZOS, Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida se in Importar el término de los mismos, es decir nacidos vivos, nacidos muertos (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos, molas y embarazos ectópicos). Además debe incluir este utilmo embarazo.

  9. NUMERO DE HIJOS(AS), Anote en 9.1 el total de hijos(as) nacidos muertos(as), anote (de). Escriba en 9.2 el total de hijos(as) nacidos muertos (as), anote (de). Escriba en 9.2 el total de hijos(as) nacidos vivos(a) marque la opción "vivuendo al que se está certificando (sin importar que alguno de éstos después fallecieran). En 9.3 anote cuantos de los hijos(as) registrados en 9.2 sobreviven incluyendo al que se está certificando (sin importar que alguno de éstos después fallecieran). En 9.3 anote cuantos de los hijos(as) registrados en 9.2 sobreviven incluyendo al anacido vivo(a) que se es
- multiple considere er orden que corresponde a cade producto

  22 ATENCIÓN PERNATAL. En 12.1 Marque si recibió o no attención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 12.2 el tramestre de gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo gestación en que recibió la primera consulta y en 12.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.

  2 YIVE LA MADRE DEL NACIDO(A) YIVO(A)?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este certificado, en este caso debe anotar en 13.1 el nún
- de foito del Certificado de Defunción de la madre

  14) AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, Marque le afiliación o derechohabiencia de la madre. La opción "Ninguna" debe seleccionarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud, en este caso omitir la respuesta en 14.1 Una persona puede tener más de una afiliación o derechonabiencia, por lo que se importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por la madre (admite hasta dos respuestas). Cuanco la madre tenga al menos una afiliación o derechonabiencia, anotar en 14.1 el numero de segundad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechonabiencia consultar el Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento.
- 15) ESCOLARIDAD, Si la madre no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna"; en caso contrario anote la opción que indique el nivel máximo de estudios y en 15.1 in si la escolaridad seleccionada en 15 es completa o incompleta.
- 18) OCUPACION HABITUAL, Anote la ocupación principal del madre (ej enfermera, secretaria, mesera, maestra). En 16.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuenta con un trabajo remunerado, labore en un negoco familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del noçar, cuidados de los hijos, a estudiar, sea rentista, jubilada, etc.
- del hogar, cuidados de los hijos, a estudiar, sea rentista, jubilada, etc.

  17) FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO. Anote el día, mas, año y hora de ocurrencia del nacimiento que se está certificando. Registre la hora en el formato <u>hi, him, mi</u>, usando la secala de 24 horas (e) si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote (0.0.0.151).

  18) SEXO, Si no es posible definir el saxo del nacido vivo, omita la respuesta y asegürese de anotar la(s) afección(es) en la variable 26.

  19) EDAG GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo en semanas completas obtenidas mediante la valoración por Caputro, si esto no es posible calcule contando a participa del primer dia del último ciclo mensitual de la madre hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.

  21) ESCO 41 NACER. Anote al participa vivo expresado ao rutamos (a), si el nacido vivo pasa 2 kilos 350 gramos anota (2.4.3.5.0).

- del primer dia del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.

  21) PESO AL NACER. Anote el peso del nacido vivo expresado en gramos (e), si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos anote (2,13,5,0).

  25) PRODUCTO DE UN EMBARAZO, Marque la opción que corresponda al número total de productos (nacidos vivos o muertos) de este parto. Si el embarazo es múltiple se debe expecíficir un Certificado de Nacimiento para cada producto nacido vivo, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento esta periodo periodo para cada producto nacido vivo, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento esta periodo mendra en el especificar anotando la frase "Ninguna agarenta". Deje en tianco el periodo periodo en gris para "Uso exclusivo del personal codificador", quien anotará el cidigo de la Clé vigente que corresponda en esta estaculción utilizada para atender el nacimiento el cubicido, distócico (para este además marque si seu sensión forces e no), cesarea u otro (en este último caso especificar en el espacio contiguo).

  29) PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO, Si el parto fue atendido por un médico, marque la opción "Medico" y enseguida seleccione el tipo de médico (Gineco-obstatra Otro especialsa. Residente, General. Medico Pasante en el espacio asignado para tal fin adecuarán Cuando aplique (opciones con ") especifique en el espacio asignado para tal fin adecuarán o opción "Marcar la opción que identifica e al persona responsable de la cartificación del nacimiento. Si el certificado es lienado por un Medico Pasante en Servicio. Social seleccionar la opción Parsona, autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico" Pasante en el espacio, para especificar e

- ZEK IFICADU PUK, Marcar la opision que identifica a la persona responsable de la certificación del nacinamio, el el cunnicido de amendo por un Medico Pasante en Safrico Color seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico Pasante" en el espacio para específicar. Cuando aplique (opciones con occión seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico Pasante" en el espacio para específicar. Cuando aplique (opciones con occión seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico Pasante" en el espacio para específicar. Cuando aplique (opciones con occión seleccionar la opción "Persona") en el espacio para específicar. especifique en el espacio asignado pare tal fin
  especifique en el espacio asignado pare tal fin

  34) UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA. Esta pregunta deba responderse cuando el
- s, en este caso indique en 34.1 el nombre de la unidad medica qua ona que asistio el parto no está autorizada para el poumó fuera de una unidad médica y la per proporciono el formato del certificado y en 34.2 la CLUES correspondiente

| FE DE ERRATAS<br>En esta sección no es válido corregir el nombre co | impleto de la madre: nombre(s) y ape | allidos          | Sello oficial de la Unidad Médica |
|---|--------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| ) Núm. de pregunta: Corrección:                                     |                                      | 0.00             |                                   |
| ) Núm. de pregunta: Corrección:                                     |                                      |                  |                                   |
| Núm. de pregunta: Corrección:                                       |                                      |                  |                                   |
| esponsable de corrección:   |                                      |                  |                                   |
| Nombre(s)   | Primer Apellido                      | Segundo Apellido | Firma                             |