030684704

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

030684704

| 7 | 1. NOVERE E | AC. 11 | 4.4 | | | C | 1 | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | Fab io la | 2 | The second secon | Cita Primer Apellos | | | Segundo Apellido | | |
| 1 | 1 1 CLAVE UNICA DE REGISTRO DE A 2 LUGAR DE NACIMIENTO | OBLACION (CURP) | [MIE 12] | +18181 | 0 6 0 | 7 MIMIS | JPB | 0 8 | |
| | J | Municipio o Alcaldia | | | ^ | 10 relos 22 Entidad Indensitiva o p | uls (in es extranjera) | \perp | |
| Ì | 3. FECHA DE NACIMIENTO | 4 EDAD | 5.1 ¿Se considera ind SI Os No 🚱 2 | Sgena? | | na kingua indigena) 0 ₂ Se ignora Og "Ei | specifique | | |
| 1 | Dia Mes Año 6 SITUACIÓN CONYUGAL Sur | Miss Dra En unit | | | | | 3.000 W. 1.00 | | |
| 2 | 7. RESIDENCIA HADITUAL Y TELÉFONO | | | | | | | | |
| OGESTANIE | 7.1 Too de validad Loren 20 Bo 16 Nombre del asentamento | turini" | Nombre de la varidad L 5 2 | 7 20 L | 3 Num Est. 7 | razo Bet | ad ba | o humano | |
| 5 | 75 Municipo o A | and (great | 0.20 | Cinded 7.10 Ersd | de Mexitad lederativa | (d | 5 1 41 7 1 H 1 7.11 Telefor | 6181010 | |
| JE LA MAURE | 6. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) | 9. NúMERO DE HI 9.1 Nacidasios Mu 9.2 Nacidasios Vivi | | 91019 O99 | Vivalo O1 Mu | | Ø3 (com | DEL NACIMIENT sidere vivasios, fasios, múltiples) | |
| DAILOS DE | 100000000000000000000000000000000000000 | 9.3 Sobrevivientes | LQ11 50 | 9101a Oss | | O1 NoO2 Seignor | | Se grow Or | |
| 5 | | ¿Recibió atención? 31 No O₂ Se ig | | | Oz Tercero O | | 2.3 Total de consultas L 14 | | |
| | 13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O7 | SIND 1 No | O2 13.1 Excess | negativo, escriba el | I numero de lolio del | Certificado de Delynción | ШШ | 1111 | |
| | 14 AFILIACIÓN Noques O1 ISS | SSTE O3 SEDI | ENA Os Geg Popular | ringagi O7 is | SFAM OII 0 | va Os i | | | |
| | | EMEX O4 SEX | MAR OE INSS BE | NESTAR O10 | Se gr | ra ⊗99 14 1 Nú | mero de segundad soc | noce the cite | |
| | 15. ESCOLARIDAD Ninguna O1 Técnico terminal O con secundaria | 11 Profesional (S) | 15.1 La escolaridad seleccionada es | 15.2 ¿Internump por el embaraci | ob estudios | CUPACIÓN HABITUAL | 16.1 Trabaja | 17. EDAD DEL PADRE | |
| | Primaria O3 Bachilerato o O preparatoria | 7 Posgrado O | 10 Complete Of | Si O1 N | | rquitecta | 51 Ø 1 No O2 | 31 | |
| | Secunitario Os Tecnico terminal O con preparatoria | 13 Seignora Or | ncompleta O2 | Se ignore | 0 2 0 0 0 0 | So ignore Os | | Se ignora O | |
| | 18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO O I O I O O I O O I O O I O O O O O O | | | | | | | | |
| | | SO AL NACER | | | | PRIMEROS MINUTOS | 40.00 | TAMIZ AUDITIV | |
| 2 | 25. APLICACIÓN DE 25.1 BCG | 0 0 3 diam | ds 23.1 APGAR) | A las 5 minutes) [C | 74 2025L | VERMAN (A los 10 minutos | | SI () 1 No (6)2 | |
| NAC | VACUNAS Y COMPLEMENTOS SIO1 No 27. ANOMALIAS CONGENITAS, ENFI | | ONES O VARIACIÓN DE I | D ₂ SIQ ₁ N | O2 Unico Q | DUCTO DE UN EMBARAJ Dy Gernetar* O2 1 | | Uso exclus | |
| VIVAGO T DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGENITAS, ENFI | Ø2 SO1 N FRWEDADES, LESIG Apa Cente Dena O6 BENESTI | SSO2 Otra unided C | D2 SIQ1 NA LA (DEL) NACIDAX | Promedi: | a San Jase | Fres o más* O3 _ | CÓDIGO C Uso estáde del person codificado | |
| VIVAG I DEL MAGI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI | Ø2 SO1 N FRWEDADES, LESIG Apa Cente Dena O6 BENESTI | O Ø2 SIØ1 NO (ONES O VARIACIÓN DE I C SS Ø2 Otra unidad (| D2 SIQ1 NA LA (DEL) NACIDAX | O VIVAIO | a San Jase | fres o más*O3 _ | CÓDIGO C Uso estáde del person codificado | |
| VIVAG I DEL MAGI | 27. ANOMALIAS CONGENITAS, ENFI | Ø2 SO1 N FRWEDADES, LESIG Apa Cente Dena O6 BENESTI | SSO2 Otra unided CAR Unided medica | De Clinica De LDI FIS De LORE CHEROLO LEMBARAZO | Promedia 1 Nombre de la uni | a San Jase | Via pública O Via pública O Opo lugar O Especifique | de COOIGO C Uso estáva del person codificado 10 Hogar Or | |
| VIVAG T DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 10. No. No. No. No. No. No. No. No. No. No | M2 SOIN ERMEDADES, LESIO DO CONTE | SS O2 Otra unided CAR Unided medica & privada 29. RESOLUCIÓN DE E | De Clinica De DI FIS 20 2 Cline (In | Promedia 1 Nombre de la uni MI Plo II nua de Establecima Se usaron Rivegas? *Especifique | Genetar O2 1 Gas Jose Sala Jose Sala medica 15 1/12 3 Miss de Salva (CLUES) SIO1 NoO2 Opor(| Via pública O Via pública O Opo lugar O Especifique | COOLGO C Uso entire del person codificado to Hogar Or 10 Programada O De urgencia | |
| LA (DEL) NACIDAD VIVAD Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaria O1 ISSSTE O4 SED de Salud IMSS O2 PENEX O5 SEN 28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PAR Medicaro O1 Entermerato O2 Expecífique Gracoccustoria de Concentración DEL PARTO Expecífique | M2 SO NERWEDADES, LESSO APRICA POR CANTO Persona autoriza | SS O2 Otra unided CAR Unided medica (29. RESOLUCIÓN DE EUTÓCCO O1 Dis | De Clinica De LINICA De LOI FIS De LOI FIS DE LEMBARAZO SOCIOO O 2 DE PERO DE LEMBARAZO SOCIOO O 2 DE LEMBARAZO SOCIOO O 3 DE | Promedia 1 Nombre de la uni MI Plo II nica de Establecimo Se usaron Ricegas? "Especifique | Grandar O2 Grandar O2 Grandar O2 Grandar O2 Grandar O2 Grandar O2 Grandar O3 Grandar O3 Grandar O3 Grandar O3 Grandar O3 | Via pública O Oso lugar O 1 "Especifique Os | coolgo c Uso estable del person codificado 10 Hogar Os 12 Programada Os De urgencia | |
| CA (DEL) MACIONO VIVAO I DEL MACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 1) | Ø2 SO1 N FRMEDADES, LESIO Apq Cente DENA O6 BIENESTI MAR O7 Horas Minutos RTO Persona autoros | SS O 2 Otra unidad CAR Unidad reedica (8 privada 29. RESOLUCIÓN DE Europea O 1 Dis | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAX D3 LD1 F15 29 2 Clave Us LL EMBARAZO 3000 O2 3100 O3 P2 | Prome di 11 Nombre de la uni 11 Plo 11 nous de Establecimo Se usaron Rivoque? "Especifique arteraio" O4 Geral O14 MP | Grandar O2 Grandar O2 Grandar O2 Grandar O2 Grandar O2 Grandar O2 Grandar O3 Grandar O3 Grandar O3 Grandar O3 Grandar O3 | Via pública O Oso lugar O 1 "Especifique Os | COOLGO C Uso entire del person codificado to Hogar Or 10 Programada O De urgencia | |
| CA (DEL) MACIONO VIVAO I DEL MACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSITE O4 SED de Salud IMSS O1 PENEX O5 SEN 28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 11. Tipo de valigad | MAR O7 Persona autoriza NACIMIENTO NACIMIENTO NACIMIENTO NACIMIENTO Persona intoriza NACIMIENTO NACIMIENTO | SS O 2 Otra unided CAR Unided medica & privada 29. RESOLUCIÓN DE EUTÓCIO O 1 EUTÓ | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAX D3 LD1 F15 23 2 Clave 0 EL EMBARAZO MOCOO O2 AUG* O3 Pa das O13 Gene 23me* Z | Promedia 1 Nombre de la uni M Plo 1 Nombre de la uni M Plo 1 Se usaron Riveas 2 3 5 1 3 Num Est 31 | or Son Jose tad medica 15 1/12/3 Miss de Sahut (CLUES) SIO1 NoO2 Otro trato* Os 4 Nom Int. 3 | Via pública O Oso tugar O 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique | de Cócigo de Uso estáva del person codificado (10 Hogar O) 12 Programado (13 De urgenca (15 de) (15 de | |
| CA (DEL) MACIONO VIVAO I DEL MACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSITE O4 BED de Salud IMSS O1 PENEX O5 SEN 28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 11. Tipo de valigad A griro 31.0 Nombre del soeriar | MAR O7 Persona autoriza NACIMIENTO NACI | SS O2 Otra unided Cones of Variation DE 1 SS O2 Otra unided Cones Otra Unided medica & privada 29. RESOLUCIÓN DE Europeo O1 Des sta por la Secretaria de S. | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAX D6 Clinica 28 D9 LD1 F15 29 2 Clove 00 CL EMBARAZO 2000 O3 P2 2000 O3 Gen 2000 O3 Gen 2000 O3 Gen 2000 O3 L1 2000 | Promedia 1 Nombre de la uni M Plo 1 Nombre de la uni M Plo 1 Nombre de la uni M Plo 2 3 5 1 3 Num Est 3 | or Son Jose tad medica 15 1/12/3 Miss de Sahat (CLUES) SIO1 NoO2 Opo-C | Via pública O Oso tugar O 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique | de Cócigo de Uso estáva del person codificado (10 Hogar O) 12 Programado (13 De urgenca (15 de) (15 de | |
| CA (DEL) MACIONO VIVAO I DEL MACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSITE O4 BED de Salud IMSS O1 PENEX O5 SEN 28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 11. Tipo de valigad A griro 31.0 Nombre del soeriar | MAR OZ POTONIO BIENESTI MAR OZ POTONIO BIENESTI MAR OZ POTONIO BUDOUZO RTO POTONIO BUDOUZO NACIMIENTO NACIMIENTO NACIMIENTO La Acienta marrio hurriano RTO ACIENT MARCIA (O) | SS O 2 Otra unided CAR Unided medica & privada 29. RESOLUCIÓN DE EUTÓCIO O 1 EUTÓ | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAX D3 LA (DEL) NACIDAX D4 LA (DEL) NACIDAX D5 LA (DEL) NACIDAX 28 28 29 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 | Promedia 1 Nombre de la uni M Plo 1 Nombre de la uni M Plo 1 Nombre de la uni M Plo 2 3 5 1 3 Num Est 3 | or Son Jose tad medica 15 1/12/3 Miss de Sahat (CLUES) SIO1 NoO2 Opo-C | Via pública O Oso tugar O 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique Os 'Especifique | de Cócigo de Uso estáva del person codificado (10 Hogar O) 12 Programado (13 De urgenca (15 de) (15 de | |
| LA (DEL) NACIDAD VIVAD Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) Ningunq B) 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSSTE O4 SED de Salud IMSS O2 PEMEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valique 31. 1 Tipo de valique 31. 3 Mombre del asentar 1 2 to 31. 9 Municipio de 32. NOMBRE | Persona autoros NACIONES DE SENESTO ACIONES DE SEN | SSO2 Otra unided CAR Dublica Unidad medica (Sprivada Unidad medica (Sprivada Unidad Otra Unidad Otra Unidad Medica (Sprivada Otra Unidad Medica (Sprivada Otra Unidad Otra Otra Otra Otra Otra Otra Otra Otra | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAX D3 LA (DEL) NACIDAX D4 LA (DEL) NACIDAX D5 LA (DEL) NACIDAX 28 28 29 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 | Promedia Promedia I Nombre de la um IMI PIO II nua de Estatucione Se usaron Rivegas? Especifique arteralo* O4 C erul O14 MB Z 35 I 3 Num Est 31 I I A | Car Sq. Jage Sq. Jage Sal medica 15 1/12/3 miss de Salva (CLUES) SIO1 NoO2 Oro-(15 Ots MPO16 4 Num Int 3: gricola Original Cultures) | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os Cesárea O: 'Especifique Os Cesárea O: 'Especifique Os Cesárea O: 'Especifique Os Cesárea O: 'Especifique | COCIGO C Uso entrue del person cosficació no Hogar On 12 Programado O 10 De urgencia S fique | |
| LA (DEL) NACIDAD VIVAD Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) Ningunq Ningunq Ningunq 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSSTE O4 BED de Salud IMSS O2 PEMEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICEJO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valque 31. DOMICEJO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valque 31. NOMBRE 32. NOMBRE DI VI C. Grego Nombre (s) | Mac Acadore Acadore Service Service Acadore Service Service Acadore Service Service Acadore Acadore Acadore | SS O2 Otra unided Cones of Variation DE 1 SS O2 Otra unided Cones Otra Unided medica & privada 29. RESOLUCIÓN DE Europeo O1 Des sta por la Secretaria de S. | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAX D3 LA (DEL) NACIDAX D4 LA (DEL) NACIDAX D5 LA (DEL) NACIDAX 28 28 29 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 | Promedia Promedia Nombre de la uni MI PIO II noa de Establecima Se usaron Rivegas? Especifique arteralo* O4 0 eral O14 MB Z 35 1 3 Num Est 31 An Meximidad federativa | Car Sq. Jage Tal medica 15 1/12/3 MIS do Salva (CLUES) SIO1 NoO2 Opor(Data of Os SSO15 MPO16 4 Num Int 3: 31.8 Local | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os Sesárea O: 'Especifique 15 Too de aventament | COOLGO C Uso estate del person costinues to Hoger Or 12 Programada O 3 De urgenca S fique | |
| DAILOS DE LA (DEL) NACIDAD VIVAD Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) Ningunq Ningunq Ningunq 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSSTE O4 BED de Salud IMSS O2 PEMEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valique 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valique 31. NOMBRE DA VII C. 32. NOMBRE DA VII C. 33. CERTIFICADO POR Medicaro pod atra Ø1 Medicaro Gine Medicaro pod atra Ø1 Medicaro Gine Medicaro pod atra Ø1 Medicaro Gine | Persona autoroz NACIONESTO Persona autoroz NACIONESTO Persona autoroz Acadona Foraciona autoroz Acadona Foraciona autoroz Acadona Foraciona For | SS O2 Otra unided CAR Dublica Unidad medica (Sprivada Unidad medica (Sprivada Unidad Otra (Sprivada Otra (Spriv | D2 SIQ1 NO LA (DEL) NACIDAK D3 LDIFIS D3 LDIFIS D3 LDIFIS 28 Clave (I) EL EMBARAZO MOCOO O2 MOCOO O2 MOCOO O3 POPOSIAI CIUCIGA 31.10 E | Promedia Promedia Nombre de la un IMI PIO II nota de Establecimo Se usaron Rivegas? Especifique arteralo* O4 0 eral O14 MB Z 35 I 3 Num Est 31 Ado Meximidad federativa Ramires Segund | Car Sq. Jose Sq. Jose Sal Jose Sa | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os Sesárea O: 'Especifique 15 Too de aventament | COOLGO C Uso estate del person costinues to Hoger Or 12 Programada O 3 De urgenca S fique | |
| DAILOS DE LA (DEL) NACIDAD VIVAD Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) Ningunq Ningunq Ningunq 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSSTE O4 BED de Salud IMSS O2 PEMEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valique 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valique 31. NOMBRE DA VII C. 32. NOMBRE DA VII C. 33. CERTIFICADO POR Medicaro pod atra Ø1 Medicaro Gine Medicaro pod atra Ø1 Medicaro Gine Medicaro pod atra Ø1 Medicaro Gine | Persona autoros NACIMIENTO Persona autoros RTO Persona autoros ACAMIENTO La Ariec marro burtano ACAMIENTO ACAMIENTO CO Obstetta Oz tondad ovi* Og | SSO2 Otra unided CAR Dublica Unidad medica & privada 29. RESOLUCIÓN DE Eurocco O1 Dis ida por la Secretaria de S ida por la Secretaria de S | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAK D3 LD1 F1S D3 LD1 F1S D3 LD1 F1S D3 LD1 F1S D3 Clave U EMBARAZO SOCCO O2 SIGN O13 Gen C1 LC C C C SI LC C C C Entermerato O | Promedia Promedia Nombre de la un IMI PIO II noa de Establecima Se usaron Rivegas? Téspecifique arteralo* O4 0 eral O14 MB Z 3 5 I 3 Num Est 31 Add Meximidad federativa Ramires Segund Persona au Secretaria d | Car Sq. Jose Sq. Jose Sal Jose Sa | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os Sesárea O: 'Especifique 15 Too de aventament | COCIGO C Uso entrue del person cosficació no Hogar On 12 Programado O 10 De urgencia S fique | |
| DAIGS DE LA (DEL) NACIDAG VIVAG Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) VINGUNA NINGUNA NINGUNA 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSSTE O4 SED de Salud IMSS O2 PENEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valigad A griro 31. Nombre del asertar 1 2 to 31.9 Municipio 0 32. NOMBRE DE VILL 33. CERTIFICADO POR Medicaro podatra Ø1 Medicaro Gine Panteraro O5 Au | ENA OG BIENESTI MAR OZ Persona autorus NACIMIENTO La Arien mento humbro Alcaldia Personal de LA SAL PESSONAL DE LA SAL | SS O2 Otra unided CAR Unided medica & privada Unided medica & privada Unided To publica Unided medica & privada Unided medica & privada Unided medica & Privada Unided To publica Unided To publ | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAX D3 LA (DEL) NACIDAX D4 LA (DEL) NACIDAX D5 LA (DEL) NACIDAX D6 LA (D6 LA (D | Promedia Promedia I Nombre de la une IMI Plo Inca de Establecimo Se usaron Rivegas? Especifique arteralo: O4 C eral O14 MP Z 3 5 1 3 Num Est 3 A do Meximidad federalina Ramires Segund 3 Persona au Secretaria d O1918 Z | Car San Jose Sa | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os Sesárea O: 'Especifique 15 Too de aventament | COCIGO C Uso entrue del person cosficació no Hogar On 12 Programado O 10 De urgencia S fique | |
| DAILOS DE LA (DEL) NACIDAD VIVAD Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) VINGUINA NINGUINA 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSITE O4 SED de Salud IMSS O2 PENEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMECIJO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valigad A griro 31. Nombre del asertar 1 2 to 31.9 Municipio o 32. NOMBRE DI VICI (27.25) Nombre (IS) 33. CERTIFICADO POR Medicaro podalra Ø1 Medicalo Gine Parterior O5 Au 34. SILA (EL) CERTIFICANTE ES PROPORCO 35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCO 35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCO 35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCO | SO NO PERMEDIADES, LESION A P. C. | SS O2 Otra unided CAR Unided medica & privada Unided medica & privada Unided To publica Unided medica & privada Unided medica & privada Unided medica & Privada Unided To publica Unided To publ | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAK D3 LDI FIS D3 LDI FIS D3 LOCODO D2 BLEMBARAZO BLOCODO D2 BLOCODO D3 B | Promedia Promedia Nombre de la uni MI PIO II nota de Establecimo Se usaron Rivegaz? Especifique arteralo* O4 C eral O14 Me Z 35 1.3 Num Est 31 Ado Meximidad federativa Romaniad Romaniad Secretaria d O1918 I | Car San Jose Sa | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os Sesárea O: 'Especifique 15 Too de aventament | COCIGO C Uso entrue del person cosficació no Hogar On 12 Programado O 10 De urgencia S fique | |
| DAILOS DE LA (DEL) NACIDAD VIVAD Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSITE O4 SED de Salud IMSS O2 PENEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valigad A A FIFO 31. Nombre del asertar 32. NOMBRE DE VICE CAR Nombre (S) 33. CERTIFICADO POR Medicaro podalto Ø1 Medica | ENA OG BIENESTI AR O7 Persona autoriza NACIMIENTO NACIMIENTO NACIMIENTO ACCIDIO ACCIDI | SSO2 Otra unided Cones of Variation DE 1 SSO2 Otra unided Cones of Variation De 1 SSO2 Otra unided Cones of Variation De 1 Eutócco On Discontario de S. Sta por la Secretaria de S. Pormet de 21 validad 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAX D6 CINTICA 28 D9 LD1 F15 29 2 Clave Un 200 O3 P2 200 O3 P3 200 O3 P2 200 O3 P2 200 O3 P2 200 O3 P3 200 O3 P | Promedia Nombre de la una 1 Nombre de la una M | Car Sq. Jare Sq. Jare Sal medica 15 1/12/3 miss de Salva (CLUES) SIO1 NoO2 Oro* SSO15 MPO16 4 Num Int 3: Sqr iro In Orir 31.8 Local Apelido orizade por la e Salva (CLUES) | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os Sesárea O: 'Especifique 15 Too de aventament | Programada (De urgencia (Maprillo (De urgencia (Maprillo (Map | |
| LA IDEL) CENTIFICANTE | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) VINGUINA NINGUINA 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSITE O4 SED de Salud IMSS O2 PENEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMECIJO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valigad A griro 31. Nombre del asertar 12 to 31.9 Municipio 0 32. NOMBRE DI VICI (A/2) 33. CERTIFICADO POR Medicaro podalto Ø1 Medicaro Gine Parterior O5 Au 34. SILA (EL) CERTIFICANTE ES PROPORCO 35. 1 Nombre 35. 1 Nombre 36. 1 Nombre | ENA OG BIENESTI AR O7 Persona autoriza NACIMIENTO NACIMIENTO NACIMIENTO ACCIDIO ACCIDI | SS O2 Otra unided CAR Unided medica & privada Unided medica & privada Unided To publica Unided medica & privada Unided medica & privada Unided medica & Privada Unided To publica Unided To publ | D2 SIQ1 No LA (DEL) NACIDAX D6 CINTICA 28 D9 LD1 F15 29 2 Clave Un 200 O3 P2 200 O3 P3 200 O3 P2 200 O3 P2 200 O3 P2 200 O3 P3 200 O3 P | Promedia 1 Nombre de la uni M Plo 11 Nombre de la uni M Plo 1 Nombre de la uni M Plo 1 Nombre de la uni M Plo 2 3 5 1 3 Num Est 3 1 3 Num Est 3 A de Meximidad federativa Ramires Segund 3 Persona au Secretaria d 10 9 1 \$ 1 DE UNA UNIDAD ca do Establecomer | Car Sq. Jare Sq. Jare Sal medica 15 1/12/3 miss de Salva (CLUES) SIO1 NoO2 Oro* SSO15 MPO16 4 Num Int 3: Sqr iro In Orir 31.8 Local Apelido orizade por la e Salva (CLUES) | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os 'Esp | Programada (De urgenca (Madrie o Gestivi | |
| DAILOS DE LA (DEL) NACIDAD VIVAD Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) Ningunq Ningunq Ningunq 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSSTE O4 BED de Salud IMSS O2 PEMEX O5 SEN 29. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 11. 1 Tipo de valique 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 11. 1 Tipo de valique 32. NOMBRE DA VI C. 31.9 Municipio 0 32. NOMBRE DA VI C. 32. NOMBRE DA VI C. 33. CERTIFICADO POR Medicaro pod altra Ø1 Medicaro Gine Parterario O5 Au 34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROPI 35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORO 36. DOMICILIO Y TELÉFONO AU C. C. C. 36. 1 Nombre 36. DOMICILIO Y TELÉFONO 36. DOMICILIO Y TELÉFONO 36. 1 Tipo de validad | Persona autoros NACIONES Persona autoros RTO Persona autoros NACIONES ACOLON ESSONAL DE LA SAL DNÓ EL CERTIFICA Se la unidad medica Se la unidad medica Se la unidad medica | SS O2 Otra unided Constant of the Constant of | D2 SIQI NI A (DEL) NACIDAK D3 D1 F1S 23 2 Clave Uni Entermerato O Columno Fuera D1 D1 C1 Columno Fuera D2 Clave Uni Columno Fuera D3 Clave Uni Columno Fuera D3 Clave Uni Columno Fuera D3 Clave Uni Columno Fuera Column | Promedia Nombre de la uni MI PIO II nua de Estatucione Se usaron Rivegas? Especifique arteralo* O4 C erul O14 MB Z 35 I 3 Num Est 31 I I A do Mexi stidad federativa Ramires Segund DE UNA UNIDAD II ca de Estatucione 2 3 30 3 Nu | Car Sq. Jare Tall medica 15 1/12/3 miss de Sabud (CLUES) SIO1 NoO2 Opor Traio* Os SS O15 MP O16 4 Num Int 3: Sqr i o 14 Or ir 31.8 Local Apellido orizade por la e Sabud (CLUES) | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os 'Esp | Programada (De urgenca (Madrie o Gestivi | |
| DAILOS DE LA (DEL) NACIDAD VIVAD Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) VINGUINA B) VINGUINA 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSITE O4 SED de Salud IMSS O2 PENEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valigad A A CICO 31. Nombre del suertar 32. NOMBRE DE VICE NOMBRE Nombre (S) 33. CERTIFICADO POR Medicaro podiatra 8 1 Medicaro Gine Partersor O5 Au 34. SILA (EL) CERTIFICANTE ES PROPORCO 35. I Nombre 36. DOMICILIO Y TELÉFONO A CONTROLLO Y TELÉFONO 36. I Nombre 36. DOMICILIO Y TELÉFONO A CONTROLLO Y TELÉFONO A CONTROLLO Y TELÉFONO 36. I Nombre 36. DOMICILIO Y TELÉFONO A CONTROLLO Y TELÉFONO | Persona autoriza A C O O O O O O O O O O O O O O O O O O | SSO2 Otra unided Cones o Variation DE 1 SSO2 Otra unided Cone De 1 SSO2 Otra unided Cone Unidad medica & privata 29. RESOLUCIÓN DE 1 Eutócco O1 Dis Eutó | D2 SIQI NA A (DEL) NACIDAX D3 DIFIS 23 2 Clave Uni Entermerato O Columno Fuera OCUMNO Fuera OCU | Promedia Promedia I Nombre de la una IMI PIO II nua de Estatucione Se usaron Riceas Especifique arteralo* O4 C eral O14 MB Z 35 I 3 Num Est 31 I I I A do Meximidad federativa Ramine Segund Persona au Secretaria d O1918 Z DE UNA UNIDAD | Car Sq. Jose Sag. Jos | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os 'Esp | Programada (De urgenca (Madrie o Gestivi | |
| LA (DEL) NACIDAJO VIVAJO Y DEL NACI | 27. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFI A) VINGUINA B) VINGUINA 28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO Secretaria O1 ISSITE O4 SED de Salud IMSS O2 PEMEX O5 SEN 28. 3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCION DEL PARTO 30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO 31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL 31. 1 Tipo de valigad A 9 / 1 / 0 31. Nombre del sontar 32. NOMBRE DA VI CL 31. 9 Municipio 0 32. NOMBRE DA VI CL 33. CERTIFICADO POR Medicaro podatra Ø1 Medicaro Gine Parteraro O5 Au 34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROP 35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCO 36. 1 Nombre 36. DOMICILIO Y TELÉFONO A 9 / 1 / 0 36. 5 Tipo de validad (0 (0) 36. 8 SI (1) C. C. C. C. 36. 8 SI (1) C. C. C. (2) C. (3) C. (4) C. (4) C. (6) C. (7) C. (6) C. (7) C. (7) C. (8) C. (8) C. (9) C. (1) C. (2) C. (3) C. (4) C. (5) C. (6) C. (7) C. (7) C. (8) C. (8) C. (9) C. (1) C. (2) C. (3) C. (4) C. (6) C. (7) C. (7) C. (8) C. (8) C. (9) C. (1) C. | ENA OG BIENESTI MAR OZ POTSONA DE LA SALI DNÓ EL CERTIFICA DA TIEN DNÓ EL CERTIFICA DA TIEN DOMÓ EL CERTIFICA DOMÓ EL | SSO2 Otra unided Cones o Variation DE 1 SSO2 Otra unided Cone De 1 SSO2 Otra unided Cone Unidad medica & privata 29. RESOLUCIÓN DE 1 Eutócco O1 Dis Eutó | DI SI QI NI A (DEL) NACIDAX DI A (DEL) NACIDAX DI A (DEL) NACIDAX DI A (DEL) NACIDAX DI A (DEL) NACIDAX SI DI A (DEL) SI | Promedia Promedia I Nombre de la uni IM Plo Inca de Establecimo Se usaron Rivegas? Especifique arteralo: O4 C eral O14 MB Z 3 5 1.3 Num Est 3: A do Meximidad federativa Ramirez Segund DE UNA UNIDAD: DE UNA UNIDAD: Ca de Establecimar A COLONIA DE UNA UNIDAD: Ca de Establecimar A COLONIA DE UNA UNIDAD: DE UNA UNIDAD: Ca de Establecimar A COLONIA DE UNA UNIDAD: DE UNA UNID | Car San Jose Sa | Via pública O Oso lugar O 'Especifique Os 'Esp | COCIGO C Uso entrue del person cosficació no Hogar On 12 Programado O 10 De urgencia S fique | |

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 tienarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, una vez corroborado el hecho y el vinculo 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 (al) nacida/o viva/o después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser tlenado por la persona autorizada para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada nacida/o viva/o, efabore 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 auxiliese 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 (se utiliza pluma de gel), usando latro de meldo signa, legible, con más insulas constituires de serán constituires el madre o contrario de c
- 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 tantos sean illenados 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 circulo 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 D.DiMMiA.A.A.A.; completando con cero a la izquierda para los dias y meses de un digito (ej. para el 06 de mayo de 2020) anote 10.610.512.0.2.01.
- Para las preguntas con opciones que tengan " * " (asterisco), debe especificar la respuesta en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicílios 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, Rancherla, Pueblo, Unidad hebitacional), nombre del asentamiento, código postal, Localidad, Municipio o Alcaldia 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) CONDICION INDIGENA. 5.1 marque si la madre o gestante se considera o no indigena. En 5.2 indique si la madre o gestante habia alguna lengua indigena, 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 correspondo 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 éste 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<u>@@</u>. 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 estên 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 el por el embarazo se interrumpieron los estudios.
- 16) OCUPACIÓN 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 (H1HM1M), usando la escala de 24 horas. (ej. Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote (01010151).
- 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
- 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: £2,3;5,0; 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 mú
- 26) PRODUCTO DE UN EMBARAZO. Marque la opción que corresponda al número total de nacidas/os vivas/os o muertas/os de este perto. 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 Secretaria 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 con 1) Núm. de pregunta: 36.6 Corrección: | tante: nombre(s) y apellidos. | Sello oficial de la Unidad Médica |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 2) Núm. de pregunta: Corrección: | | |
| 3) Núm. de pregunta: Corrección: | | |
| Responsable de David Guegos Nombre(s) | egundo Apellido | Firma |