



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
FOLIO

024505597

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE Nombre (s) <u>Amber</u> Primer Apellido <u>Vázquez</u> Segundo Apellido <u>Zoragüe</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) _____	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>08</u> Mes <u>04</u> Año <u>1983</u>	4. EDAD Años <u>36</u>
5.1 ¿Se considera indígena? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? _____	
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> 15 Separada <input type="checkbox"/> 16 Divorciada <input type="checkbox"/> 13 Viuda <input type="checkbox"/> 14 Soltera <input checked="" type="checkbox"/> 12 Casada <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 7.2 Nombre de la vivienda <u>Amoroso Bustamante</u> 7.3 Num. Exterior <u>59</u> 7.4 Num. Interior _____ 7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Prodentales de México</u> 7.7 Código Postal <u>56731986</u> 7.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 7.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 7.10 Entidad federativa _____ 7.11 Teléfono _____	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 9.2 Nacidos Vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 9.3 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99
10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACÍO Vivo (a) <input checked="" type="checkbox"/> 01 → 10.1 Vive aún SI <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Muerto (a) <input type="checkbox"/> 02 No ha tenido otros hijos (as) <input type="checkbox"/> 03 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>04</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> 02 Tercero <input type="checkbox"/> 03 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 12.3 Total de consultas recibidas <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 02 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 01 ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 03 SEDENA <input type="checkbox"/> 05 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 07 Otra <input type="checkbox"/> 08 <u>VAZA 830408/2</u> IMSS <input type="checkbox"/> 02 PEMEX <input type="checkbox"/> 04 SEMAR <input type="checkbox"/> 06 IMSS Prospera <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 01 Primaria <input type="checkbox"/> 03 Secundaria <input type="checkbox"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 07 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 08 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 15.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 02	
16. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Secretaria</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 16.1 Trabaja actualmente SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día <u>22</u> Mes <u>07</u> Año <u>2019</u> Hora <u>22</u> Minutos <u>06</u>		18. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> 01 Mujer <input checked="" type="checkbox"/> 02	19. EDAD GESTACIONAL <u>29</u> Semanas
20. TALLA <u>39</u> Centímetros	21. PESO AL NACER <u>1.110</u> Gramos	22.1 APGAR (A los 5 minutos) <u>9</u>	22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos) <u>3</u>
23. TAMIZ AUDITIVO SI <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> 02 Tres o más <input type="checkbox"/> 03	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG SI <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 24.2 Hepatitis B SI <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 24.3 (A) SI <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 24.4 (K) SI <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02		26. ANOMALÍAS CONGENITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) <u>CA</u> b) _____	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="checkbox"/> 01 Distócico <input type="checkbox"/> 04 → ¿Se usaron fórceps? SI <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 Cesárea <input checked="" type="checkbox"/> 02 Otro <input type="checkbox"/> 08 → Especifique: _____			
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 01 ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 04 SEDENA <input type="checkbox"/> 06 IMSS Prospera <input type="checkbox"/> 02 IMSS <input type="checkbox"/> 03 PEMEX <input type="checkbox"/> 05 SEMAR <input type="checkbox"/> 07 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 08 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 10		28.1 Nombre de la unidad médica <u>Regional Zoragüe</u> 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>DR1511000162</u> Vía pública <input type="checkbox"/> 11 Hogar <input type="checkbox"/> 12 Otro lugar <input type="checkbox"/> 13	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="checkbox"/> 01 → Gineco-obstetra <input checked="" type="checkbox"/> 11 Otro especialista* <input type="checkbox"/> 12 Residente <input type="checkbox"/> 13 General <input type="checkbox"/> 14 MPSS <input type="checkbox"/> 15 MIP <input type="checkbox"/> 16 Enfermera <input type="checkbox"/> 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="checkbox"/> 03 Partera <input type="checkbox"/> 04 Otro* <input type="checkbox"/> 08 *Especifique: _____			
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 30.2 Nombre de la vivienda <u>Gerardo Contreras</u> 30.3 Num. Exterior <u>171</u> 30.4 Num. Interior <u>09223</u> 30.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 30.6 Nombre del asentamiento humano <u>Gerardo Contreras</u> 30.7 Código Postal <u>56731986</u> 30.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 30.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 30.10 Entidad federativa _____			

31. NOMBRE Nombre (s) <u>Rosa María</u> Primer Apellido <u>Jiménez</u> Segundo Apellido <u>Torres</u>			
32. CERTIFICADO POR Médico <input checked="" type="checkbox"/> 01 Médico gineco-obstetra <input type="checkbox"/> 07 Otro médico* <input type="checkbox"/> 02 Enfermera <input type="checkbox"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="checkbox"/> 04 Partera <input type="checkbox"/> 05 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 06 *Especifique: _____			
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>3410894</u>		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica <u>Regional Zoragüe</u> 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>DR1511000162</u>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 35.2 Nombre de la vivienda <u>Gerardo Contreras</u> 35.3 Num. Exterior <u>171</u> 35.4 Num. Interior <u>09223</u> 35.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 35.6 Nombre del asentamiento humano <u>Gerardo Contreras</u> 35.7 Código Postal <u>56731986</u> 35.8 Localidad <u>Iztapalapa</u> 35.9 Municipio o delegación <u>Ciudad de México</u> 35.10 Entidad federativa _____		36. FIRMA <u>[Firma]</u>	
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>22</u> Mes <u>07</u> Año <u>2019</u>		38. HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE <u>[Huella]</u>	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



024505597

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, 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-hijo(a).
- Para la expedición del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre (que preferentemente contenga su domicilio).
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por la persona que atendió al nacido vivo después del parto; cuando esto no sea posible, debe ser llenado por la persona autorizada para ello por la autoridad sanitaria competente.
- Se llenen un Certificado de Nacimiento por cada producto nacido vivo, elabore tantos certificados como productos nacidos vivos resulten del nacimiento.
- Una vez expedido, la entrega de este certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible al Registro Civil para tramitar la correspondiente Acta de Nacimiento.
- Si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre y su documento de identificación para el correcto llenado de este certificado, en caso contrario auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Escriba con tinta (no utilice pluma de gel), usando letra de molde clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- 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**.
- Marque con una "X", sobre el círculo 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 obtenerla: Si existe una opción "Se ignora" márquela con una "X", en el caso de casillas llene con "nuevos" 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.d.m.m.a.a.a.a., completando con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito (ej. para el 06 de mayo de 2014 anote 06.05.2014).
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar 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 humano**, **Código Postal**, **Localidad**, **Municipio o delegación** y **Entidad federativa**. Evite anotar "domicilio conocido".
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del nacido vivo y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del pulgar izquierdo.
- Para más 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 oficial. En la pregunta **1.1 CURP** agote los recursos disponibles para obtenerla.
- 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 blanco la pregunta municipio o delegación y anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- EDAD.** Registre la edad cumplida en años de la madre. Revise la concordancia de la fecha de nacimiento de la madre y la fecha de nacimiento del nacido vivo.
- En **5.1** marque si la madre se considera o no indígena. En **5.2** indique si la madre habla alguna lengua indígena y en caso afirmativo especifique en **5.3** la lengua.
- 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.
- NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida **sin 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 último embarazo.
- NÚMERO DE HIJOS(AS).** Anote en **9.1** el total de hijos(as) nacidos muertos(as) (sin importar las semanas de gestación, incluyendo abortos, molas y embarazos ectópicos), si la mujer no ha tenido hijos(as) nacidos muertos(as), anote **0.0**. Escriba en **9.2** el total de hijos(as) nacidos vivos(as) que ha tenido la madre, incluyendo al que se está certificando (sin importar que alguno de éstos después falleciera). En **9.3** anote cuantos de los hijos(as) registrados en **9.2** sobreviven, incluyendo al nacido vivo(a) que se está certificando.
- EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ.** Si éste es el primer hijo(a) marque "No ha tenido otros hijos(as)". Independientemente si se trata de un embarazo múltiple: Si el hijo(a) anterior nació vivo(a) marque la opción "vivo(a)" y en **10.1** anote si éste vive o no. Si el hijo(a) anterior nació muerto(a) marque la opción "muerto(a)" y omita la respuesta de **10.1**.
- ORDEN DEL NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacido vivo que se certifica, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los nacidos vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, considere el orden que corresponda a cada producto.
- ATENCIÓN PRENATAL.** En **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.
- ¿VIVE LA MADRE DEL NACIDO(A) VIVO(A)?** Seleccione "No", si la madre 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.
- AFLIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la afiliación o derechohabiente 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 derechohabiente, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por la madre (admite hasta dos respuestas). Cuando la madre tenga al menos una afiliación o derechohabiente, anotar en **14.1** el número de seguridad social o afiliación correspondiente. Para el caso de más de una afiliación o derechohabiente consultar el **Manual del Llenado del Certificado de Nacimiento**.
- 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** indique si la escolaridad seleccionada en **15** es completa o incompleta.
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal de la madre (ej. enfermera, secretaria, mesera, maestra). En **16.1** marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo remunerado, labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar, cuidados de los hijos, a estudiar, sea rentista, jubilada, etc.
- 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 h.h.m.m., usando la escala de 24 horas (ej. si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche con 5 minutos anote 0.0.0.5).
- SEXO.** Si no es posible definir el sexo del nacido vivo, omita la respuesta y asegúrese de anotar la(s) afección(es) en la variable **26**.
- 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 hasta la fecha de ocurrencia del nacimiento.
- PESO AL NACER.** Anote el peso del nacido vivo expresado en gramos (ej. si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos anote 2.3.5.0).
- 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 expedir un Certificado de Nacimiento para cada producto nacido vivo, respetando el orden de acuerdo a la hora de nacimiento.
- ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el nacido vivo presenta anomalías congénitas, enfermedades o lesiones originadas en el período perinatal, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, 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 que corresponda.
- RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.** Seleccione la opción que corresponda a la resolución utilizada para atender el nacimiento: eutócico, distócico (para éste además marque si se usaron fórceps o no), cesárea u otro (en éste último caso especificar en el espacio contiguo).
- PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO.** Si el parto fue atendido por un médico, marque la opción "Médico" y enseguida seleccione el tipo de médico (Gineco-obstetra, Otro especialista, Residente, General, Médico Pasante en Servicio Social -MPSS- o Médico Interno de Pregrado -MIP-), en caso contrario marque del resto de las opciones, la adecuada. Cuando aplique (opciones con *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- CERTIFICADO POR.** Marque la opción que identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento. Si el certificado es llenado por un Médico Pasante en Servicio Social, seleccionar la opción "Persona autorizada por la Secretaría de Salud" y anotar "Médico Pasante" en el espacio para especificar. Cuando aplique (opciones con *) especifique en el espacio asignado para tal fin.
- 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 **34.1** el nombre de la unidad médica que proporcionó el formato del certificado y en **34.2** la CLUES correspondiente.

DRA. MA. DE LA LUZ TIZAPA GONZALEZ

FE DE ERRATAS

En esta sección no es válido corregir el nombre completo de la madre: nombre(s) y apellidos.

- Núm. de pregunta: **9.1** Corrección: **NACIDOS MUERTOS: CERO**
- Núm. de pregunta: **12** Corrección: **NACIDOS VIVOS: 04**
4.3 SOBREVIVIENTES: 02
- Núm. de pregunta: **13** Corrección: **22 DE JULIO DE 2019**
25 EMBARAZO GEMELAR

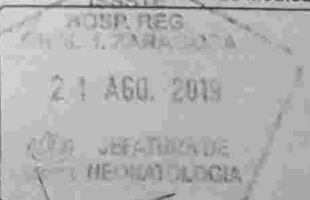
Responsable de la corrección:

DRA. MA. DE LA LUZ TIZAPA GONZALEZ

Nombre(s)

Primer Apellido

Sello oficial de la Unidad Médica



Firma