		ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUÇCIONES EN EL REVERSO
	(·	Nombre (s) Primer Applilido Segundo Agellido
GUBERNAMENTAL, LOS PARTICULARES.	•	1.1 CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) PO BIBIL 8411226 MD FIN RIVIO 9 Se ignora O 99
		2. LUGAR DE NACIMIENTO BENITO JUDICZ CIUCIOCI CK TTEXICO
		2.1 Municipio o delegación 2 2 Entidad federátiva o país (si es extramiera) 3. FECHA DE NACIMIENTO 4. EDAD 5.1 ¿Se considera indígena?
Sel	İ	2.61.219.84 3.5 sr O1 No 82 Se ignora O9
ERN/		Die Mes Año Años 5.3 ¿Cuál lengua indigena habla? 6. ESTADO CONYUGAL En unión libre 60 Separada O Dispersindo O Viudo O Seltoro O Control
en Fos		6. ESTADO CONYUGAL En unión libre (\$\infty\$15 Separada \(\circ{1}{16}\) Divorciada \(\circ{1}{3}\) Viuda \(\circ{1}{4}\) Soltera \(\circ{1}{2}\) Casada \(\circ{1}{11}\) Se ignora \(\circ{9}{99}\) 7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO (10) \(\circ{1}{2}\) DOV (10) \(\circ{1}\
SE	뀚	7.1 Tipo de vialidad 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior
PÚBI	LA MADRE	7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del saentamiento humano 7.7 Codigo Postal
INFORMACIÓN PÚBLICA IALES EN POSESIÓN DE		OLOGO CONTACTO SINISTERIO SINISTERIO SINISTERIO SINISTERIO SI THONGO OLOGO SI THONGO OLOGO
RMAC	SDE	8. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual) 9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 10. EL (LA) HIJO (A) Vivo (a) (A) TVivo aún Si (Considere vivos.
NFO! ALES	DATOS	9.2 Nacidos Vivos (as) 9.2 Nacidos
SON	.0	9.3 Sobrevivientes (U) Se ignora () 99
Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE	- Company	12. ATENCION PRENATAL 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta 12.3 Total de consultas recibidas 12.1 ¿Recibió atención? Sí No 2 Se ignora 9 Se ignora 9 Se ignora 9
		13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) SI O NO O
	1	14. AFILIACIÓN Ninguna () ISSSTE So SEDENA () Seguro Popular () Obra () PAG 1 (4.11)
EALALEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA SYLALEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE		A SERVICIOS DE SALUD IMSS PEMEX SEMAR MSS Prospera 100 100 Se ignora 99 14.1 Númerojde seguridad social o afiliación
		15. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 97 115.1 La escolaridad seleccibnada es
		Profesional O ₈ Posgrado O ₁₀ Se Ignora O ₉₉ Completa Q ₁ Incompleta O ₂ 16. OCUPACIÓN HABITUAL AS FATONE POR MARION I Se Ignora O ₂ 18.1 Trabaja actualmente SE(X), No. O. Se Ignora O ₂
		ADDIC WE CLOCK WAS STRUCK ON THE STRUCK OF T
		17. FECHAY HORA DEL Z1 10.2 20 19 2100 18. SEXO Hombre 1 Mujer Q2 19. EDAD GESTACIONAL 40 Semanas
		20. TALLA / 3 21. PESO AL NACER 7 3 6 5 22.1 APGAR 1 9 22.2 SILVERMAN 23. TAMIZ AUDITIVO
		24. APLICACION DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS Vitaminas (A los 5 minutos) (A los 5 minutos) Si O ₁ No O ₂ 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
	ENTO	24.1 BCG SI O1 No 🖎 24.2 Hepatitis B SI O1 No 🖎 24.3 (A) Si O1 No 🖎 24.4 (K) Si 👰 No O2 Unico 👰 Germelar O2 Tres o más O3
HALE	NACIMIE	26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO
RSO		a) NIGUACIAMENTE Uso excitusiva del personal
OS C	DEL	b) 27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
EGIDOS DATOS 1	VO Y	Eutócico ♥4 Distócico ○4 → ¿Se usaran fórceps? Sí ○1 No ○2 Cesárea ○2 Otro ○8 → Espedifique:
N DE	N O	28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaria C
ZÝN.	NACIDO	de Salud 01 ISSSTE 014 SEDENA 06 Prospera 2 pública 08 28.1 Nombre de la unidad médica Hogar 012
S ES	DELN	IMSS O3 PEMEX O5 SEMAR O7 Unidad médica privada O10 28.2 Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES) Otro lugar O13
IALE E PR	os D	29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico (1) → Gineco-obstetra (1) 11 Otro especialista* ○12 Residente ○13 General ○14 MPSS ○15 MIP ○16
SO D	DATC	Enfermera O2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* O3 Partera O4 Otro* O8 *Especifique:
S PEI		30. DOMICILIO DONDE OCURRIO (O) LE FCUCE ATTICO
ATO (EAN		Bellouste 30.3 Num, externor 30.4 Num, interior
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROT LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE I		30.5 Tipo de aseciamiento humano 30.6 Nombre del asertamiento humano 30.7 Código Postal
- 5	\supset	30.8 Cocalidad 30.9 Municipio o deladación 30.10 Entidad federativa
		Nombre (s) Priher Apellido Segundo Apellido
	E (IE	32. CERTIFICADO POR Médico pediatra de Salud* 4 Partera 6 Partera
	CA	Especifique
	- CERTIFICANTE	9984322
		Número de cédule profesional 34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 35. DOMICILIO Y TELÉFONO
	DE	35.1 Tipo de vialidad 35.2 Nogebre de la vialidad 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm Interior
	DATOS DEL	35.5 Typo de asentamiento humano 35.6 Nombre del agentamiento humano 35.7 Código Postal
<u>ش</u>	à	35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Telefono 36. FIRMA
898		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN DIA Mes Año
02445898		HUELLA DEL PHE DERECHO DEL NACIDO VIVO HUELLA DEL DEDO PULGAR
ч	/	E BATTERE.
05		

024458983