



FOLIO

020200848

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO									
1. NOMBRE		Palencia		García		Martínez			
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE FORTALECIMIENTO								Se ignora 069	
2. LUGAR DE NACIMIENTO		Maravatío		Michoacán					
3. FECHA DE NACIMIENTO		24/04/1976		4. EDAD		4.0			
5. ESTADO CONYUGAL		En unión libre 015		Separada 016		Divorciada 013		Viuda 014	
6. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		Calle		Luz Tapia		53 A			
7.1 Tipo de vivienda		7.2 Nombre de la vivienda		7.3 Núm. Exterior		7.4 Núm. Interior			
7.5 Tipo de asentamiento humano		7.6 Nombre del asentamiento humano		7.7 Código Postal		7.8 Localidad			
8. NÚMERO DE EMBARAZOS		9. NÚMERO DE HIJOS (AS)		10. EL (LA) HIJO (A)		11. ORDEN DEL NACIMIENTO			
10.1 Nacidos Muertos (as)		10.2 Nacidos Vivos (as)		10.3 Sobrevivientes		10.4 Se ignora 099			
12. ATENCIÓN PRENATAL		12.1 Recibió atención?		12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta		12.3 Total de consultas recibidas			
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?		13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación							
15. ESCOLARIDAD		15.1 La escolaridad se asociada es							
16. OCUPACIÓN HABITUAL		16.1 Trabaja actualmente							
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO		18. SEXO		19. EDAD GESTACIONAL					
20. TALLA		21. PESO AL NACER		22.1 APGAR		22.2 SILVERMAN		23. TAMBOR AUDITIVO	
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS		24.1 BCG		24.2 Hepatitis B		24.3 (A)		24.4 (M)	
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO		25.1 Ninguna aparente							
26. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO		26.1 Eutócico		26.2 Distócico		26.3 Cesárea		26.4 Otro	
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO		27.1 Secretaría de Salud		27.2 IMSS		27.3 SEDENA		27.4 IMSS	
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO		28.1 Médico		28.2 Enfermera		28.3 Otro especialista		28.4 Otro	
29. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO		29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vivienda		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
30. NOMBRE		30.1 Nombre (s)		30.2 Primer Apellido		30.3 Segundo Apellido			
31. CERTIFICADO POR		31.1 Médico pediatra		31.2 Médico Gineco-obstetra		31.3 Otro médico		31.4 Enfermera	
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		32.1 Unidad Médica que proporcionó el certificado si el nacimiento ocurrió fuera de una Unidad Médica		32.2 Nombre de la Unidad Médica		32.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
33. DOMICILIO Y TELÉFONO		33.1 Tipo de vivienda		33.2 Nombre de la vivienda		33.3 Núm. Exterior		33.4 Núm. Interior	
34. FIRMA		34.1 Fecha y hora de certificación		34.2 Fecha de certificación		34.3 Código Postal		34.4 Teléfono	
35. HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO		35.1 HUELLA DEL DEDO PULGAR		35.2 HUELLA DEL DEDO ANULAR		35.3 HUELLA DEL DEDO MEDIO		35.4 HUELLA DEL DEDO INDICE	

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

020200848