## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 028992221

	1. NOMBRE Maria del Carmen Garcia Castillo Segundo Apellido Segundo Apellido
	Nombre (s)  1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)  1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)  1.2 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)
	2. LUGAR DE NACIMIENTO NACIO Obvegon  2.1 Municipio o Alcaldía  2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)
	3. FECHA DE NACIMIENTO  1 7 0 8 1 9 8 7  Dia Mes Año  Años  4. EDAD  5. CONDICIÓN INDÍGENA  5.1 ¿Se considera indígena?  Si O 1 No 2 Se ignora 9 "Especifique:
NTE	6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera O12 En unión libre O15 Casada O11 Separada O16 Divorciada O13 Viuda 2014 Se ignora O99
DATOS DE LA MADRE O GESTANTE	7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vialidad 7.2 Nombre de la vialidad 7.3 Núm. Ext. 7.4 Núm. Int. 7.5 Tipo de asentamiento humano 7.5 Nombre del asentamiento humano 7.7 Código Poetal 7.9 Municífilo o Alcaldía 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono
	8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os 9.2 Nacidas/os Vivas/os 9.2 Nacidas/os Vivas/os 9.3 Sobrevivientes 9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os 9.2 Nacidas/os Vivas/os 9.2 Nacidas/os Vivas/os 9.3 Sobrevivientes 9. NÚMERO DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.1 Nacidas/os Muertas/os 9.1 Nacidas/os Muertas/os 9.2 Nacidas/os Vivas/os 9.2 Nacidas/os Vivas/os 9.3 Sobrevivientes 9.1 Nacidas/os Muertas/os 9.2 Nacidas/os Vivas/os 9.3 Sobrevivientes 9.3 Sobrevivientes 9.4 Número DE HIJAS/OS (incluye el actual) 9.5 E ignora O 99 10.1 Vive aún Sí O 1 No O 2 Se ignora O 99 10.1 Vive aún Sí O 1 No O 2 Se ignora O 99
0	12.1 ¿Recibió atención? 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta 12.3 Total de consultas recibidas 12.3 Total de consultas recibidas 12.4 Tencero 12.4 Tencero 12.5 Tencero 12.
**	13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O?  SI 21 No 2 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 3 SEDENA 05 Seguro Popular 07 ISSFAM 011 Otra 08 Se ignora 099 14.1 Número de seguridad social o afiliación
-	15. ESCOLARIDAD  Ninguna 1 Técnico terminal con secundaria  Primaria 3 Bachillaratoria  Secundaria 5 Técnico terminal con preparatoria  Secundaria 5 Técnico terminal con preparatoria  Secundaria 6 Técnico terminal con preparatoria  Secundaria 7 Técnico terminal con prep
IS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O Y DEL NACIMIENTO	18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Dia Mes Año Horas Minutos 19. SEXO Hombre 2 20. EDAD GESTACIONAL 3.17 Semanas
	21. TALLA 22. PESO AL NACER 23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23. 1 APGAR (A los 5 minutos) 0/9 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) 0/1 No 0/2
	25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS SI O 1 No 2 S
	27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDA/O VIVA/O  a) Unguna parente b) Unguna Aparente codificador
	28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaria O 1 ISSSTE O 4 SEDENA O 6 Bienestar pública pública Dirico Maternal Sunta Tel Via pública O 11 Hogar O 12  Unidad médica O 10 Dirico Maternal Sunta Tel Via pública O 11 Hogar O 12  28. 2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)  *Especifique:
	28.3 TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO  Programada O1 Distócico O1 Distócico O2 Se usaron fórceps? SI O1 No O2 Otro*O3 Cesárea O3 De urgencia O2
	30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PÁRTO  Médica/o 1 Enfermera/o 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 3 Partera/o* 4 Otra/o* 8  *Especifique  Especifique  Class absolute 2 - Class absolute 2 - Class appointed 4 - Class app
DATOS	tipo de médica/o Gineco-obstetra (A)1 Otra/o especialista (C)2 Residente (C)3 Gineco-obstetra (A)1 Otra/o especialista (C)2 Residente (C)3 Gineco-obstetra (
	31.1 Tipp de vialidad 31.2 Nombre de la vialidad 31.6 Nombre del asentamiento humano 31.6 Nombre del asentamiento humano 31.9 Municipio o Alcaldía 31.9 Municipio o Alcaldía 31.10 Entidad federativa
	32. NOMBRE Adriana Garage Santago DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE
	Nombre (s) Primer Apellido Segundo Dellido  33. CERTIFICADO POR  Midia (socializado por la propertira de la propertira del la propertira della





ADRE O GESTANTE



SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE