

) (DATOS DEL CERTIFICANTE							DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO									DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES. DATOS DE LA MADRE												
	HUELLADEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO	36. FIRMA	35.5 Localidad 35.9 M.		Número de cédula profesional 35. DOMICILIO Y TELÉFONO	Médico pediatra O₁ direcco-obstetra ❷₁ Otro médico.* O₂ ti 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 37.3 € 1 € 2 € 34. UNIDAT	ADO POR		EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de visidad COCONIA	10	Eutócico O₁ Distócico O₄ → ¿Se usaron forceps? 28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaria O₁ ISSSTE O₄ SEDENA O6 Prospera IMSS O3 PEMEX O5 SEMAR O7		N DEL EMBARAZO Distôcico ○4 → ¿Se usaron fóros	26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO B) b)		21. PESO AL NACER 2. PE		17. FECHA Y HORA DEL 11 0220 18	ESTUDIANTE	15, ESCOLARIDAD Ninguna O₁ Primaria O₃ Sei	14. AFILIACIÓN Ninguna O1 ISSSTE 🕰 SEDEN A SERVICIOS IMSS O2 PEMEX O4 SEMA		12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Racibió atención? SiQ₁ No O₂ Se ignora O₃	9.1 Nacidos Muertos (as) O1 9.2 Nacidos Vivos (as) O1 9.2 Nacidos Vivos (as) O1 9.3 Sobrevivientes O1	154 5.9	7.5 Tipo de asentamiento humano 7.8 Localidad 7.8 Localidad 7.9 Localidad 7.9 Localidad 7.9 Localidad		3. FECHA DE NACIMIENTO 4. EDAD 5.1 ¿So Día Mes Año Año Si	2. LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD DE MEXICO 2.1 Município o delegación	Nombre (s) TRO DE POBLACIÓN (CURP)
Calz	O HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE	37. FECHA DE CERTIFICACIÓN	35.6 Nombre del asentan (275 03 040) Inicipio o delegación	35.2 Nombre de la vialidad	34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Unica	24. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	Persona Persona	THE STATE OF	30.2 Nombre de la vialidad UN 10910 160613	ciallista* \bigcirc_{12} Residente \bigcirc_{13} General \bigcirc_{14} Salud* \bigcirc_{3} Partera \bigcirc_{4} Otro* \bigcirc_{8}	Unidad médica privada	Ora unidad C C IM Co Sow	spo? SIO ₁ NoO ₂ Cesárea Ø ₂ Otro O ₈ →		EL NACIDO VIVO	Vitaminas $24.3 \text{ (A) Si } \Theta_1 \text{ No } \bigcirc_2 24.4 \text{ (K) Si } \Theta_1 \text{ No } \bigcirc_2$	22 1 APGAR (OA) 22 2 SILVERMAN (A los 5 minutos) (A los 5 minutos)	L240 18. SEXO Hombo	4 Se ignora Ogg 16.1 Trabaja a	cundaria \bigcirc_5 Bachillerato o preparatoria $\textcircled{8}_{m{Q}}$ 15.1 La escok	$\begin{array}{cccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero O₁ Segundo 😡 2 Tercero O₃ Se ignora	O Se ignora Ogg ANTERIOR NACIÓ Muerto (a) O₁ → 10.1 O I Se ignora Ogg No ha tenido otros hijos (as) ⊗g		CHIMA DOPOCA. 7.2 Nombre de la validad Ropurio Los Reyes 7.6 Nombre del asentamento humano 7.6 Nombre del asentamento humano	rada O ₁₆ Divorciada O ₁₃ Viuda O ₁₄ Soltera O ₁₂	¿Se considera indigena? 5.2 ¿Hablia aliguna lengua indigena 5.3 ¿Cuál lengua indigena hat	O	FIAIAILIGIAIDIED
CLINICA SAN RAFAE 1 FEB 2018 RFC YICR 560608 BF2 IZ de la Viga 1529 Coi U Model 5646 1229 5646 7130	Dia Mes	6	35.7 Código Pos S16 Y16 12	35,3 Núm. Exterior 35,4 Núm. Interio	de Esta	OCURRIO FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	CA RRAJEA Segundo Apellido	30.7 Código Postal C: Oho DE MGX: Co	1 5 2 q 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interio 0 9 0 8 9	MPSS Q ₁₅ MIP Q ₁₆	1 Hogar Ott	Via pública	Especifique:	del personi codificadori	cóbigo di E	25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único ⊗₁ Gemelar O₂ Tres o más O₃	5 minutos) 23. TAMIZ AUDITIVO SI Q ₁ NoO ₂	19. EDAD GESTACIONAL 3 Seman	ualmente Si 🚱, No 🔾 2 Se ignora 🔾 9	idad seleccionada es Completa	FAALG20116/20 14.1 Número de seguridad social o afiliación		Og: 12.3 Total de consultas recibidas	No O2 Se ignora O9 NO O2 Se ignora O9 NO O2 Se ignora O9	MEXICO SISIGISIA/90	7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interio. 1.2 C 2 C 2 C 2 C 7.5 Cortino Bostal	Casada O ₁₁ Se	gena? Si O₁ No Se ignora O	EXICO	Segundo Apellido LTOT Se ignora O 99