DATOS DE LA MADRE

取り表現る も	SECRETAR	A DE SALUD	FOLIO
	CERTIFICADO	DE NACIMIENTO	022944340
1. NOMBRE ABIGALL	GABLIELA	SANCHE 2_	PENEDO
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBL	Nombre (s)	100920HDEN	Segundo Apallido
2 LUGAR DE NACIMIENTO NEN	STIAND CHUMEN	DISTRITO FE	SERAL
	pio o delegación 4. EDAD 5.1 ¿Se considera indige		va o país (si es extranjera) ina? Si O ₁ No © ₂ Se ignora O ₉
20 09 1 9 9 0 Dia Mes Año	Si O₁ No ♠₂	The second secon	K
6. ESTADO CONYUGAL En unión libre 15 Separada O 16 Divorciada O 13 Viuda O 14 Soltera O 12 Casada O 11 Se Ignora O 99			
7.1 Tipo de vialidad 7.3 Núm. Extenço 7.4 Núm. Interior 7.5 Tipode esentamiento humano 7.5 Tipode esentamiento humano 7.6 Núm. Extenço 7.4 Núm. Interior 7.5 Tipode esentamiento humano 7.7 Código Postal 7.1 Tipode esentamiento humano 7.1 Tipode esen			
(incluse of natural)	O DE HIJOS (AS)		ve aun Si 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos,
0.3 Se ignora One	s Muertos (as) 10 Se ignora 099 idos Vivos (as) 10 3 Se ignora 099	Muerto (a) O ₂	No O2 (considere vivos, muertos, múltiples) Se ignora O9 (O3 Se ignora O99)
12. ATENCIÓN PRENATAL	Sobrevivientes 012 Se ignora 099	en el que recibió la primera consulta	12.3 Total de consultas recibidas
12.1 ¿Recibió atención? Sion No	O ₂ Se ignora O ₉ Primero O.	Segundo 2 Tercero 3 Se ignora (0g 210 Se ignora 0gg
13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) SI 1 No 2 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción			
A SERVICIOS	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	Seguro Popular O 7 Otra O 8 MSS Prospera O 10: Se ignora O 99 14	.1 Número de seguridad social o afiliación
15. ESCOLARIDAD Ninguna O1 Profesional O8	Primaria O ₃ Secundaria O ₅ Posgrado O ₁₀ Se Ignora O ₉₉	Bachillerato o preparatoria 🚳 7	lad seleccionada es Completa 6 1 Incompleta 2
16. OCUPACIÓN HABITUAL	EVETHAN !	Se ignora Ogg 16.1 Trabaja act.	
17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO	21201 1 0901 BS AAD HORS MINI	nonible a mojer 0	9. EDAD GESTACIONAL 39 Semanas
20. TALLA G Centimetros 21. P	ESO AL NACER 3200 Gran	22 1 APGAR O 9 22 2 SILVER	minutos) 23. TAMIZ AUDITIVO
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24. 1 BCG SI O 1 No 2 24.2 Hepatitis B SI O 1 No 2 24.3 (A) SI O 1 No 2 24.4 (K) SI 0 1 No 2 Unico 6, Gemelar 2 Três o más O 3			
26. ANOMALIAS CONGENITAS, ENFERME			CÓDIGO CIE
a) MINONNA H	HARINTE.	300	Uso exclusives del personal godificador
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO			(E.D)。
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO	→ ¿Se usaron fórceps? Sj. O₁ No(THE T	specifique
Secretaria O1 ISSSTE O4 SED		unidad pública O8 28 1 Nombre de la un	Hoger O12
	MAR O7	médica 10 28.2 Clave Unica de Establecimie	ntos de Salud (CLUES) Otro lugar O ₁₃
The state of the s	O ₁₁ Otro especialista* O ₁₂	Residente O ₁₈ General O ₁₄	
Enfermera O ₂ Persona auto			MPSS O ₁₅ MIP O ₁₆
	rizada por la Secretaria de Salud* 03		MPSS O ₁₅ MIP O ₁₆
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ		Parters 04 Otro 8 *1	TOTAL GRANTERS TO AMERICAN
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ	rizada por la Secretaria de Salud* 03 ATE Tpo de visitidad VATE VATE	Pantera 4 Otro 8 *1 30.2 Nombre de la validad PANTALL H 30.6 Nombre del psentagalento humano	30.3 Num Exterior 30.4 Num Interior 1516 6 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ SOLO 30.1 SOLO 30.5 Troo de asentamiento humano	rizada por la Secretaria de Salud* O ₃ ALE Tpd de visitidad ALE ALE ALE ALE 3	Pantera 0.4 Otro 8 ** 30.2 Nombre de la vialidad PANTE A CLA 30.6 Nombre del psentagolento numano Q.9 Municipio o delegación	30.3 Num Exterior 30.4 Num Interior 30.7 Codigo Postal 30.10 Entidad federativa
30. DOMICLIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 30.5 100 de asentamiento himano 30.8 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico	rizada por la Secretaria de Salud* O ₃ ALE Tipo de vielidad ALE Tipo de vielidad Nombre (5)	Partera 4 Otro 8 30.2 Nombre de la validad 20.5 Nombre del psentamiento humano 30.9 Memicipio o delegación Primer Apellido Persona	30.3 Num Exterior 30.4 Num Interior 30.7 Codigo Postal 30.10 Entided federativa
30. DOMICILIO DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO 30.5 Too de asentamiento himano 30.5 Too de asentamiento himano 30.8 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico Médico pediatra O Gineco-obstetra O	rizada por la Secretaria de Salud* O ₃ HE Tipo de vielidad Nombre (s) 7 Otro médico* O ₂ Enfermera O ₃	Pantera 0.4 Otro 8 *1 30.2 Nombre de la validad PANTE J. C. A. 30.6 Nomare del pantamiento humano (0,5 Muflicipio o delegación Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 0.4 Partera 0.5 divis	30.3 Núm Exterior 30.4 Núm Interior 30.7 Código Postal 30.10 Entidad federativa Segundo Apellido *Especifique
30. DOMICLIO DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO 30.5 Too de asentamiento himano 30.6 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico pediatra 0 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	rizada por la Secretaria de Salud* O ₃ ALE Tipo de viellidad Nombre (s) 7 Otro médico* O ₂ Enfermera O ₃ 34. UNIDAD MÉDICA QUE PI	Pantera O Otro 8 *1 30.2 Nombro de la vialidad 30.6 Nombre delipsointamento humano 0,9 Municipio o delegación Primer Apellido Persona autorizado por la secretaría de Salud* O 4 Partera O 5 divil* ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO	30.3 Num Exterior 30.4 Num Interior 30.7 Codigo Postal 30.10 Entided federativs 30.10 Entided federativs Eegundo Apellido 6 *Especifique OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
30. DOMICILIO DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO 30.1 30.5 Too de asentamiento himano 30.8 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico pediatra 0 1 Medico Gineco-obstetra 0 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	Typo de visilidad Typo de visilidad Nombre (5) Typo de visilidad	Partera 0.4 Otro 8 *1 30.2 Nombre de la vialidad P. S. Nombre de la vialidad O.9 Municipio o delegación O.9 Municipio o delegación Persona autorizada por la sucrizada por la 34.2 Clave	30.3 Núm Exterior 30.4 Núm Interior 30.7 Código Postal 30.7 Código Postal 30.10 Entidad federativa Segundo Apellido Especifique OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA Inica de Establecimientos de Salud (CLUES)
30. DOMICLIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 30.5 Too de asentamento hi mano 30.8 Localidad 31. NOMBRE 30.8 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico pediatra 0 Gineco-obstetra 0 33. SI EL GERTIFICATE ES MÉDICO Número de cádula profesional	nzada por la Secretaria de Salud* 03 ALE Typo de vialidad Nombre (s) 7 Otro médico* 02 Enfermera 03 34. I Nombre : Typo de vialidad	Pantera O Otro 8 30.2 Nombre de la validad 30.6 Nombre del psentagiento humano 0,9 Municipio o delegación Primer Apellido Persona autorizado por la Secretaria de Salud O 4 Partera O 5 civil 8 ROPORCIONO EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO de la unidad médica 34.2 Clave 0 35.2 Nombre de la visilidad A 5.5 Nombre de la segntagrento humano	30.3 Num Exterior 30.4 Num Interior 30.7 Codigo Postal 30.10 Entided federativs 30.10 Entided federativs Eegundo Apellido 6 *Especifique OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 30.5 Too de asentamiento himago 30.5 Localidad 31. NOMBRE 30.8 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico Médico pediatra O Gineco-obsletra O Número de cádula profesional 35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.5 35.5 Tibo de asentamiento humano	nzada por la Secretaria de Salud* 03 ALE Typo de vialidad Nombre (s) 7 Otro médico* 02 Enfermera 03 34. I Nombre : Typo de vialidad	Pantera A Otro 8 ** 30.2 Nombre de la vialidad 30.6 Nombre delipsointamiento humano 0,9 Municiplo o delegación Persona autorizado por la secretaria de Salud* O 4 Partera O 5 divil* ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO de la unidad médica 34.2 Clave (35.2 Nombre de la segnitamiento humano 35.10 Entidad federativa	30.3 Num Exterior 30.4 Num Interior 30.7 Codigo Postal 30.10 Entidad federativa 30.10 Entidad federativa Especifique OCURRIO FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA Inica de Establecimientos de Salud (CELUES) 35.3 Num Exterior 35.4 Num Interior 35.4 Num Interior 35.4 Num Interior
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 30.5 Too de asentamiento himmon 30.8 Localidad 31. NOMBRE 30.8 Localidad 31. NOMBRE 30.8 Localidad 32. CERTIFICADO POR Médico Médico pediatra O Gineco-obstetra O NOmero de cédula profesional 35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.	Tipo de visitidad AL Enfermera O3 AL UNIDAD MEDICA QUE PI Tipo de visitidad	Pantera O Otro 8 30.2 Nombre de la vialidad 30.5 Nombre del pasentamiento numano 30.5 Nombre del pasentamiento numano 2,95 Municipio o delegación Persona autorizada por la Secretaría de Salud* O Partera O 5 ROPORCIONO EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO de la unidad medica 34.2 Clave 1 35.2 Nombre de la vialidad 34.6 Nombre del aspentamiento humano	30.3 Num Exterior 30.4 Num Interior 30.7 Código Postal 30.10 Entidad federativa Segundo Apellido 6 Especifique OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA Inica de Establecimientos de Salud (CLUES) 35.3 Num Exterior 35.4 Num Interior 35.7 Código Postal
30. DOMICILIO DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO 30.5 Too de asentamiento hi mano 30.5 Too de asentamiento hi mano 30.8 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico Médico pediatra 0 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cádula profesional 35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35. Tipo de asentamiento humano 36. FIRMA 36. FIRMA	Tipo de visitidad AL Enfermera O3 AL UNIDAD MEDICA QUE PI Tipo de visitidad	Pantera A Otro 8 ** 30.2 Nombre de la vialidad 30.6 Nombre delipsointamiento humano 0,9 Municiplo o delegación Persona autorizado por la secretaria de Salud* O 4 Partera O 5 divil* ROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO de la unidad médica 34.2 Clave (35.2 Nombre de la segnitamiento humano 35.10 Entidad federativa	Specifique: 30.3 Num Exterior 30.4 Num Interior 30.7 Gódigo Postal 30.10 Entidad federativa Segundo Apellido Especifique OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA Inica de Establecimientos de Salud (CLUES) 35.3 Num Exterior 35.4 Num Interior 35.11 Teléfono 21.12 22.13 July Mes Año
30. DOMICILIO DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO 30.5 Too de asentamiento hi mano 30.5 Too de asentamiento hi mano 30.8 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico Médico pediatra 0 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cádula profesional 35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35. Tipo de asentamiento humano 36. FIRMA 36. FIRMA	Tipo de visitidad Otro médico* © 2 Enfermera O 3 34. UNIDAD MÉDICA QUE PI 34.1 Nombre 3	Partera 0.4 Otro 8 30.2 Nombre de la vialidad 30.6 Nombre de las vialidad 30.6 Nombre de las vialidad 30.6 Nombre de las vialidad Primer Apaliido Persona autorizada por la Sacretaria de Salud 4 Partera 0.5 Autorida Sacretaria de Salud 35.2 Nombre de la vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.1 Enfidad federativa 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN	30.3 Nom Exterior 30.4 Nom Interior 30.7 Codigo Postal 30.10 Entidad federativa 30.10 Entidad federativa Begundo Apellido COURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA Inicia de Establecimientos de Salud (CLUES) 35.3 Num Exterior 35.4 Num Interior 35.11 Teléfono 27.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7
30. DOMICILIO DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO 30.5 Too de asentamiento hi mano 30.5 Too de asentamiento hi mano 30.8 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico Médico pediatra 0 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cádula profesional 35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35. Tipo de asentamiento humano 36. FIRMA 36. FIRMA	Tipo de visitidad Otro médico* © 2 Enfermera O 3 34. UNIDAD MÉDICA QUE PI 34.1 Nombre 3	Partera 0.4 Otro 8 30.2 Nombre de la vialidad 30.6 Nombre de las vialidad 30.6 Nombre de las vialidad 30.6 Nombre de las vialidad Primer Apaliido Persona autorizada por la Sacretaria de Salud 4 Partera 0.5 Autorida Sacretaria de Salud 35.2 Nombre de la vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.1 Enfidad federativa 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN	30.3 Nom Exterior 30.4 Nom Interior 30.7 Codigo Postal 30.10 Entidad federativa 30.10 Entidad federativa Begundo Apellido COURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA Inicia de Establecimientos de Salud (CLUES) 35.3 Num Exterior 35.4 Num Interior 35.11 Teléfono 27.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7 2.7
30. DOMICILIO DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO 30.5 Too de asentamiento hi mano 30.5 Too de asentamiento hi mano 30.8 Localidad 31. NOMBRE 32. CERTIFICADO POR Médico Médico pediatra 0 33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cádula profesional 35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35. Tipo de asentamiento humano 36. FIRMA 36. FIRMA	Tipo de visitidad Otro médico* © 2 Enfermera O 3 34. UNIDAD MÉDICA QUE PI 34.1 Nombre 3	Partera 0.4 Otro 8 30.2 Nombre de la vialidad 30.6 Nombre de las vialidad 30.6 Nombre de las vialidad 30.6 Nombre de las vialidad Primer Apaliido Persona autorizada por la Sacretaria de Salud 4 Partera 0.5 Autorida Sacretaria de Salud 35.2 Nombre de la vialidad 35.2 Nombre de la vialidad 35.1 Enfidad federativa 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN	30.3 Nom Exterior 30.4 Nom Interior 30.7 Código Postal 30.10 Entidad federativa Segundo Apellido Courrió Fuera De Una Unidad Médica inica de Establecimientos de Salud (CLUES) 35.3 Nom Exterior 35.4 Nom Interior 35.7 Código Postal 35.11 Telefono

022944340



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.

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE



