

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO.

[illegible]

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

21. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO	01122019 10:47	19. SEXO	19.10.01	20. EDAD GESTACIONAL	33.1
22. TALLA	5.0	21. PESO AL NACER	3.100	22.1 APGAR (5.1)	22.2 SILVERMAN (0.0)
24. APLICACION DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS	24.1 DTCO Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 24.2 Hepatitis B Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 24.3 (A) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 24.4 (N) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vitamina		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO	
26. ANOMALIAS CONGENITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO	Ninguna		Ninguna		
27. RESOLUCION DEL EMBARAZO	Eutócico <input type="checkbox"/> Cesolectico <input type="checkbox"/> → ¿Se usaron fórceps? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cesárea <input type="checkbox"/> Cito <input type="checkbox"/> → Específico		
28. SITIO DE ATENCION DEL PARTO	Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> COSE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input checked="" type="checkbox"/>		Hospital de Especialidades IMSS		
29. PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO	Médico <input checked="" type="checkbox"/> Gineco-obstetra <input type="checkbox"/> Otro especialista <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Deco <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/>		28.1 Nombre de la unidad médica 28.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (C.U.E.S.)		
30. DOMICILIO DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO	Calle Río Brink		Calle 300		
	Colonia Lindavista		C.P. 73000		
	Custodia A. Madeco		Ciudad de México		

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE		<p>Jorge <small>Nombre</small></p>		<p>Mexico <small>País</small></p>		<p>Hernández <small>Segundo apellido</small></p>	
32. CERTIFICADO POR		<p>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</p>		<p>Autopista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		<p>685474 <small>Número de licencia profesional</small></p>		<p>34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA</p>		<p>800 <small>Código de la Unidad Médica</small></p>	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO		<p>Calle <small>20.1 Tipo de vivienda</small></p>		<p>Rio Bamba <small>20.2 Nombre de la vivienda</small></p>		<p>1013 00 <small>35.1 Teléfono</small></p>	
<p>Colonia <small>20.5 Tipo de colonia</small></p>		<p>Guatemala A. Madrid <small>20.6 Municipio o delegación</small></p>		<p>Ciudad de México <small>20.7 Entidad federada</small></p>		<p>35.2 Código Postal <small>35.11 Telefonos</small></p>	
36. FIRMA		<p>[Firma]</p>		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN		<p>10/11/2019</p>	

MIJILLA DEL FIDERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE

FINNA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

024530874