

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO (a): _____

UNIDAD HOSPITALARIA O CLINICA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: (DÍA, MES, AÑO): _____ **Peso:** _____ **Hora:** _____

N° CERTIFICADO MEDICO EV-25: _____ **NOMBRE DEL MEDICO:** _____

CEDULA DE IDENTIDAD DEL MEDICO: N° _____ **N° MATRICULA MPPS:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PRESENTANTE: _____

C.I. N° _____ **Edad:** _____ **Profesión o Ocupación:** _____

Lugar de Nacimiento: _____ **ESTADO** _____

Dirección de Habitación Completa: _____

Parroquia: _____ **Municipio:** _____

Tel.: Hab: _____ **Cel.:** _____ **Correo Electrónico:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE: _____

C.I. N° _____ **Edad:** _____ **Profesión u Ocupación:** _____

Lugar de Nacimiento: _____ **ESTADO** _____

Dirección de Habitación Completa: _____

Parroquia: _____ **Municipio:** _____

Tel.: Hab: _____ **Cel.:** _____ **Correo Electrónico:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE: _____

C.I. N° _____ **Edad:** _____ **Profesión o Ocupación:** _____

Lugar de Nacimiento: _____ **ESTADO** _____

Dirección de Habitación Completa: _____

Parroquia: _____ **Municipio:** _____

Tel.: Hab: _____ **Cel.:** _____ **Correo Electrónico:** _____

Testigo N° 1:
Nombres y Apellidos _____

C.I. N° _____ **Edad:** _____ **Profesión o Ocupación:** _____

Dirección de Habitación Completa: _____

Parroquia: _____ **Municipio:** _____ **Telef.:** _____

Testigo N° 2:
Nombres y Apellidos _____

C.I. N° _____ **Edad:** _____ **Profesión o Ocupación:** _____

Dirección de Habitación Completa: _____

Parroquia: _____ **Municipio:** _____ **Teléf.:** _____

OBSERVACIÓN: _____