

RC-CF-01



REPÚBLICA DOMINICANA

JUNTA CENTRAL ELECTORAL

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

DIRECCION GENERAL DE REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE EXTRANJERO

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

No. Evento

0219707

001-02-2017-01-00021236

Mun. O.C. Año Reg. No.

CERTIFICAMOS: Que en la Oficina del Estado Civil de la 2DA. CIRCUNSCRIPCION, DISTRITO NACIONAL, registrado el Diecinueve del mes de Diciembre del año Dos Mil Diecisiete (19/12/2017), se encuentra inscrito en el Libro No. 00002 de registros de **EXTRANJERO, REGISTRO ESPECIAL**, Folio No. 0082, Acta No. 000182. Año 2017, el registro perteneciente a:

**** YAQUELIN ****

De sexo FEMENINO, nacida en Hosp. Maternidad Ntra. Sra. de La Altagracia, Santo Domingo, D.N. el día Once del mes de Mayo del año Mil Novecientos Noventa y Seis (11/05/1996).

MADRE: EEQUIERE, YLIANNE, país de nacionalidad Haití, Pasaporte Extranjero No. RD11727471

Expedido en DISTRITO NACIONAL

del Mes de DICIEMBRE

del año

DOS MIL DIECISIETE (2017)

el día

DIECINUEVE (19)

INSCRIPCION DE NACIMIENTO

FRANCISCONICOLAS PEREZ ESPINO
Oficial Suplente del Estado Civil



LIBEL'S PULL S.A. 2017



REPUBLICA DOMINICANA
JUNTA CENTRAL ELECTORAL
CÉDULA DE IDENTIDAD Y ELECTORAL

001-1740848-4



LUGAR DE NACIMIENTO:
SANTO DOMINGO, R.D.

FECHA DE NACIMIENTO:
07 ABRIL 1978

NACIONALIDAD: **REPUBLICA DOMINICANA**

SEXO: **M** SANGRE: ESTADO CIVIL: **SOLTERO**

OCCUPACION: **EM**

FECHA DE EXPIRACION:
07 ABRIL 20

ADESS

Juan Vasquez

**JUAN
VASQUEZ**



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Información y Estadística de Salud
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Formulario Actualizado, Marzo 2015
Folio 2018 No. 32841

Atención de Salud: debe tener las inscripciones del sistema y luego firmar utilizando letra de imprenta, clara y legible. No una abreviatura.

DATOS DE LA MADRE

1. Número de Cédula de Identidad: _____ No Tiene

2. Primer Nombre: YAZQUELIN Segundo Nombre: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: FELIPE

3. No. de Historia Clínica: 002812 4. Fecha de Nacimiento: 11/5/95 5. Edad de la Madre: 21 años

6. Nacionalidad de la Madre: 1. Dominicana 2. Otra Nacionalidad, especifique: _____

7. Seguridad Social No: _____ C/ARS: _____ No Tiene

8. Nivel de escolaridad de la madre (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta)

1. Ninguna 2. Primaria (1-3 años) 3. Primaria (4-7 años) 4. Primaria completa (terminó el 8º curso)

5. Secundaria incompleta (7º a 9º bachillerato) 6. Secundaria completa (bachiller) 7. Estudios universitarios 8. Otro

9. Dirección de la residencia habitual de la madre:

10. Provincia: STO. DGO. NORTE 11. Municipio: VILLA HELLA 12. Distrito Municipal: _____

13. Sección: _____ 14. Barrio o Paraje: BO. SAN FELIPE

15. Calle y Número: C/LOS HUMILDES #4 16. Teléfono: _____

DATOS DEL NACIMIENTO

17. Fecha de Nacimiento: 20/01/2015 18. Hora de Nacimiento: 08:30 AM PM

19. Tipo de Parto: 1. Útero 2. Vaginal 12. Tipo de Producto: 1. Único 2. Múltiple

13. Si es Múltiple: 1. Primer Gemelo 2. Segundo Gemelo 3. Otro, especifique: _____

14. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino 15. Rango Neonatal: 1. Bajo 2. Mediano 3. Alto 16. No Evaluado

16. Medidas del recién nacido:

16.1 Peso al Nacer: 3.75 (gramos) 16.2 Talla al Nacer: 51 (centímetros) 16.3 Perímetro Cefálico: 34 (centímetros)

17. Edad Gestacional: 39 (semanas) 18. Parto Atendido por: 1. Médico General 2. Médico Obstetra 3. Enfermero/a 4. Comadrona 5. Otro

19. Nombre(s) y Apellido(s) de la Persona que Atendió el Parto: Dr. Félix

20. Cédula de la persona que atendió el parto: 9.2.7.01.00.1.04.0

21. Lugar donde ocurrió el parto: 1. Centro de Salud Pública 2. Centro de Salud Privado 3. Vivienda 4. Otro

Nombre del Establecimiento: HUMISA Código: _____

22. Domicilio del establecimiento de salud que atendió el parto:

22.1. Provincia: Sto. Dgo. 22.2. Municipio: _____ 22.3. Distrito Municipal: DN

22.4. Sección: _____ 22.5. Barrio o Paraje: _____

22.6. Calle y Número: Calle Humpay Urdaneta #49 22.7. Teléfono: _____

DATOS DEL CERTIFICANTE

23. Nombre(s) y Apellido(s) del Certificante: Jhona Leid Escobar Peña

24. Cédula de Identidad del Certificante: 40.2-20.01.04.01.4

25. Firma: _____

26. Teléfono: _____

27. Fecha de la Certificación: 20/01/2015



