



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2020
FOLIO
20335E00000544

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

Nombre(s): MONCERRAT		Primer Apellido: MUCIO		Segundo Apellido: VELAZQUEZ	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): MUV050311MMCCCLNA3					
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía: TOLUCA			2.2 Entidad Federativa/País: MEXICO		
3. Fecha de nacimiento: 11/03/2005		4. Edad: 18		5.1 ¿Se considera indígena?: NO	
6. Estado conyugal: UNION LIBRE		5.2 ¿Habla lengua indígena?: NO			
7. Residencia habitual y teléfono		7.1 Tipo vialidad: CALLE		7.2 Nombre de la vialidad: SIN NOMBRE	
7.3 Núm. Ext.: SN		7.4 Núm. Int.: SN		7.5 Tipo del asentamiento humano: PUEBLO	
7.6 Nombre del asentamiento humano: SAN IDELFONSO		7.7 Código Postal: 50780			
7.8 Localidad: SAN ILDEFONSO		7.9 Municipio o alcaldía: IXTLAHUACA			
7.10 Entidad federativa: MEXICO		7.11 Teléfono: 0000000000			
8. N°. de Embarazos: 1		9. Núm. de Hijas/os		9.1. Nacidas/os muertas/os: 0	
10. La/El-hija/o anterior nació: NO HA TENIDO OTROS HIJOS		10.1. Vive aún: NO APLICA		9.2. Nacidas/os vivas/os: 1	
12. Atención prenatal 12.1. ¿Recibió atención?: SI		9.3. Sobrevivientes: 1			
12.3. Total de consultas recibidas: 6		11. Orden del nacimiento: 1			
13. ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacida/o viva/o: SI		12.2. Trimestre en el que recibió la primer consulta: PRIMER TRIMESTRE			
14. Afiliación a Servicios de Salud: NINGUNA		13.1 Escriba el número de folio del Certificado de Defunción:			
15. Escolaridad: SECUNDARIA COMPLETA		14.1. Número de seguridad social o afiliación:			
16. Ocupación Habitual: NO REMUNERADO, AMA DE CASA		15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? NO			
16.1. Trabaja actualmente: NO		17. Edad del padre: 19			

DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO Y DEL NACIMIENTO

18. Fecha y hora de nacimiento: 19/05/2023 16:06		19. Sexo: MUJER		20. Edad gestacional: 40	
21. Talla: 50 cms		22. Peso: 3120 qrs		23.1 Apgar (a los 5 min): 9	
25. Aplicación de vacunas y complementos		25.1 BCG: NO		23.2 Silverman (a los 10 min): 0	
26. Producto de un embarazo: UNICO		25.2 Hepatitis B: NO		24. Tamiz auditivo: NO	
27. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o		25.3. Vitamina A: NO		25.4. Vitamina K: SI	
a) NINGUNA APARENTE		26.1. Escriba el número de folio del Certificado de Defunción:			
b) NINGUNA APARENTE		27.1. Número de seguridad social o afiliación:			
28. Sitio de Atención del parto: SECRETARIA DE SALUD		28.2. CLUES: MCSSA002872 Especifique:			
29. Resolución del embarazo: PARTO EUTÓCICO		28.3. Tiempo de traslado: 00:45			
30. Persona que atendió el parto: MEDICO		¿Se usaron fórceps?: NO APLICA Especifique:			
31. Domicilio donde ocurrió el nacimiento		Tipo Césarea:			
31.1 Tipo de vialidad: AVENIDA		Tipo médico: GINECO-OBSTETRA Especifique:			
31.3 Núm. Ext.: 105		31.2 Nombre de la vialidad: UNIVERSIDAD			
31.4 Núm. Int.: SIN N		31.5 Tipo de asentamiento: BARRIO			
31.6 Nombre del asentamiento humano: SAN PEDRO LA		31.7 Código Postal: 50783			
31.8 Localidad: SAN PEDRO LA CABECERA		31.9 Municipio o alcaldía: IXTLAHUACA			
31.10 Entidad federativa: MEXICO					

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. Nombre(s): OBED		Primer Apellido: AGUILAR		Segundo Apellido: ARANDA	
33. Certificado por: MEDICO PEDIATRA		Especifique:			
34. Si la(él) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 10229952					
35. Unidad médica que proporcionó el Certificado					
35.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL GENERAL IXTLAHUACA VALENTIN GÓMEZ FARÍAS				35.2 CLUES: MCSSA002872	
36. Domicilio y teléfono					
36.1 Tipo de vialidad: AVENIDA		36.2 Nombre de la vialidad: UNIVERSIDAD			
36.3 Núm. Ext.: 105		36.4 Núm. Int.: SIN N		36.5 Tipo de asentamiento: BARRIO	
36.6 Nombre del asentamiento humano: SAN PEDRO LA CABECERA		36.7 Código Postal: 50783			
36.8 Localidad: SAN PEDRO LA CABECERA		36.9 Municipio o alcaldía: IXTLAHUACA			
36.10 Entidad federativa: MEXICO		36.11 Teléfono: 7122830841			
37. Fecha de Certificación: 19/05/2023					

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



CÓDIGO QR



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE