



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2020
FOLIO
20335E00001217

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

Nombre(s): OTILIA		Primer Apellido: OSORNIO		Segundo Apellido: TREJO	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): OOTO920612MMCSRT05					
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía: MORELOS 2.2 Entidad Federativa/País: MEXICO					
3. Fecha de nacimiento: 12/06/1992 4. Edad: 31		5.1 ¿Se considera indígena?: NO		5.2 ¿Habla lengua indígena?: NO	
6. Situación conyugal: UNION LIBRE		5.3 Lengua indígena hablada: NO APLICA			
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.:		7.5 Tipo de asentamiento humano: PUEBLO			
7.6 Nombre del asentamiento humano: BARRIO TERCERO		7.7 Código Postal: 50584			
7.8 Localidad: BARRIO TERCERO		7.9 Municipio o alcaldía: MORELOS			
7.10 Entidad federativa: MEXICO		7.11 Teléfono: 7123056792			
8. N°. de Embarazos: 3 9. Núm. de Hijas/os		9.1. Nacidas/os muertas/os: 0		9.2. Nacidas/os vivas/os: 3	
10. La/El hijo/a anterior nació: VIVO		10.1. Vive aún: SI		9.3. Sobrevivientes: 3	
12. Atención prenatal 12.1. ¿Recibió atención?: SI		12.2. Trimestre en el que recibió la primer consulta: PRIMER TRIMESTRE			
12.3. Total de consultas recibidas: 8					
13. ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacida/o viva/o: SI		13.1 Escriba el número de folio del Certificado de Defunción:			
14. Afiliación a Servicios de Salud: NINGUNA		14.1. Número de seguridad social o afiliación:			
15. Escolaridad: BACHILLERATO O PREPARATORIA		15.2. ¿Interrumpió estudios por el embarazo? NO			
16. Ocupación Habitual: NO REMUNERADO, AMA DE CASA		16.1. Trabaja actualmente: NO		17. Edad del padre: 27	

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

18. Fecha y hora de nacimiento: 18/09/2023 09:32		19. Sexo: MUJER		20. Edad gestacional: 38	
21. Talla: 48 cms 22. Peso: 2900 grs		23.1 Apgar (a los 5 min): 9		23.2 Silverman (a los 10 min): 0	
24. Tamiz auditivo: NO					
25. Aplicación de vacunas y complementos 25.1 BCG: NO		25.2 Hepatitis B: NO		25.3. Vitamina A: NO	
25.4. Vitamina K: SI					
26. Producto de un embarazo: UNICO		Especifique: de			
27. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o					
a) NINGUNA APARENTE					
b) NINGUNA APARENTE					
28. Sitio de Atención del parto: SECRETARIA DE SALUD		28.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL GENERAL IXTLAHUACA VALENTIN GÓMEZ FARIAS			
28.2. CLUES: MCSSA002872 Especifique:		28.3 Tiempo de traslado: 01:00			
29. Resolución del embarazo: PARTO EUTÓCICO		¿Se usaron fórceps?: NO APLICA		Especifique:	
Tipo Césarea:					
30. Persona que atendió el parto: MEDICO		Tipo médico: GINECO-OBSTETRA		Especifique:	
31. Domicilio donde ocurrió el nacimiento		31.2 Nombre de la vialidad: UNIVERSIDAD			
31.1 Tipo de vialidad: AVENIDA		31.5 Tipo de asentamiento: BARRIO			
31.3 Núm. Ext.: 105		31.4 Núm. Int.: SIN N			
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): MARCELA		Primer Apellido: LOPEZ		Segundo Apellido: TORRES	
33. Certificado por: MEDICO PEDIATRA		Especifique:			
34. Si la(el) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 3168019					
35. Unidad médica que proporcionó el Certificado					
35.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL GENERAL IXTLAHUACA VALENTIN GÓMEZ FARIAS		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: 18/09/2023					

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



CÓDIGO QR



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

Firma electrónica del Certificante: j91Z9UpXQV+XkAyQlQk3G2Epx8uJGTkd9JvG6m+5n7RLZfne8ebAEoXltnkpw05hZQDL5et8o4k5fMa+6vdTpv8P3gCnYfx9fdGelpCP/MCg6s28JNgeu7GufwUMWZJAckVajZDZwhbHdxQhovHf8A7cmJ8CN+98h/mVdpeQ
LsShqOKV0yYyApd2HTPYCTShqzCkYKb08RcP6+eRFZ4WTCNBqowX9CqWWDkL8k30/05KnYy68b9w7U3ckuNlqJCMONkaQlPQmQWUza2YxhqS+6VZb0AG9naemUxXg8CJOc2H1JJAuklDecDg==

Cadena Original: j0a6b6f99-8d4f-4c1b-86c0-908bdc04c00j20335E00001217jOOT0920612MMCSRT05jOTILIA OSORNIO TREJOj12/06/1992j18/09/2023 09:32jMARCELA LOPEZ TORRESj18/09/2023 09:50:123j

Sello electrónico de la Secretaría de Salud: KOV5gfm8R52jDAAN0kUjGaaZ55z3dRMSX3p+JQ1f6v3j9e0zazR3mVWAM0Rj8f8nqYQ9h8p4ZKv76WYvW68zCqU9QW9oZUFgigAlp6cZ8y6dwTDM5t7j9UDwCQ7Eab0AdM049QloJ0U4PY0A2s+PdvA5TgnYeOGT+8epV1
8hmVY411GPCECDrop4d4uak41CRPqP7zX2Yk8h47XdwCv3j5eJ2b3+0bJ6Ww+4z90acWenQumWpax0ns1mP1LBYH82JdL67hQTD4JprzNuMm7RUMOXUngN18gfE6b+hz7Fdxapmg==

Sello electrónico de la Unidad Médica: CATOWKXWEGTGfL1Ty8RQd1DKKaVcuplAKmLk3217AWadHid.kqmzdH0bDSYD638le4eZAW57AZDwPxbH04u8G8Vj256fjWwAeQlCg9Rj5e0Fncu9VVPFGmHCF0TghXcY8mngXS0yRILASZDx70L/qomGFkXf1+qL45
cLChpBilHwY46uAtMk4U2Xsde9VpwCqFFt+S0AezdQpbUvHAEjXyfeF9u0KqhzNAr5pDSZVAoJbq39fJUVVZBoWjzD+bgroZ8XbZ1UH6oRJHYecDwizkbvzQKD4a7AxtUaFvWdQgM9CK28OwWOFJkQ0ed0UyA==