



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2020
FOLIO
20335E00001731

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

Nombre(s): ELIZABETH		Primer Apellido: CRUZ		Segundo Apellido: CRUZ	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): CUCE990523MMCRRL03					
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía: TIANGUISTENCO 2.2 Entidad Federativa/País: MEXICO					
3. Fecha de nacimiento: 23/05/1999		4. Edad: 24		5.1 ¿Se considera indígena?: NO	
6. Situación conyugal: UNION LIBRE		5.3 Lengua indígena hablada: NO APLICA		5.2 ¿Habla lengua indígena?: NO	
7. Residencia habitual y teléfono		7.1 Tipo vialidad: NO ESPECIFICADO		7.2 Nombre de la vialidad: 99	
7.3 Núm. Ext.: 99		7.4 Núm. Int.: 99		7.5 Tipo del asentamiento humano: LOCALIDAD	
7.6 Nombre del asentamiento humano: SAN ILDEFONSO		7.7 Código Postal: 99999		7.9 Municipio o alcaldía: IXTLAHUACA	
7.8 Localidad: SAN ILDEFONSO		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 hijo/a 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		12.2. Trimestre en el que recibió la primer consulta: PRIMER TRIMESTRE		9.3. Sobrevivientes: 1	
12.3. Total de consultas recibidas: 10					
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			

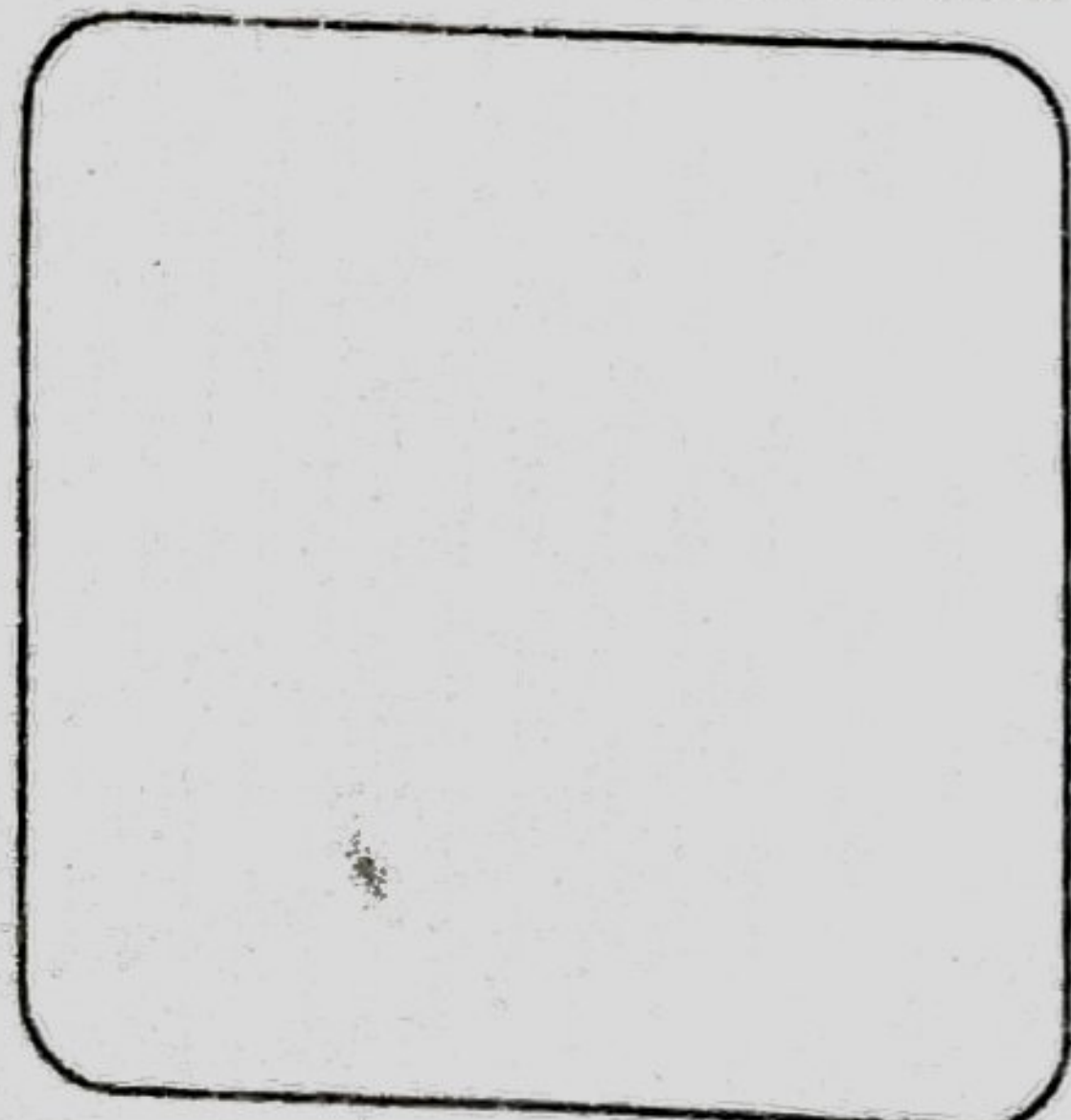
DATOS DE LA (DEL) NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

18. Fecha y hora de nacimiento: 17/12/2023 16:40		19. Sexo: MUJER		17. Edad del padre: 24	
21. Talla: 51 cms		22. Peso: 3485 grs		20. Edad gestacional: 40	
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	
26. Producto de un embarazo: UNICO		Especifique: de		25.3. Vitamina A: NO	
27. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o				25.4. Vitamina K: SI	
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: 00:30			
29. Resolución del embarazo: CESAREA		¿Se usaron fórceps?: NO APLICA		Especifique:	
Tipo Césarea: DE URGENCIA					
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): MARIBEL HORTENCIA		Primer Apellido: RUIZ		Segundo Apellido: SOSA	
33. Certificado por: MEDICO PEDIATRA		Especifique:			
34. Si la(el) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 5397150					
35. Unidad médica que proporcionó el Certificado					
35.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL GENERAL IXTLAHUACA VALENTIN GÓMEZ FARIAS					
36. Domicilio y teléfono		35.2 CLUES: MCSSA002872			
36.1 Tipo de vialidad: AVENIDA		36.2 Nombre de la vialidad: UNIVERSIDAD			
36.3 Núm. Ext.: 105		36.4 Núm. Int.: SIN N			
36.6 Nombre del asentamiento humano: SAN PEDRO LA CABECERA		36.5 Tipo de asentamiento: BARRIO			
36.8 Localidad: SAN PEDRO LA CABECERA		36.7 Código Postal: 50783			
36.10 Entidad federativa: MEXICO		36.9 Municipio o alcaldía: IXTLAHUACA			
37. Fecha de Certificación: 17/12/2023		36.11 Teléfono: 7122830841			

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



CÓDIGO QR



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

Firma electrónica del Certificante:

Cadena Original: j881a7580-1659-426b-a597-652f9ef00d7j20335E00001731CUCE990523MMCRRL03ELIZABETH CRUZ CRUZ23/05/199917/12/2023 16:40MARIBEL HORTENCIA RUIZ SOSA17/12/2023 17:16:602

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

Sello electrónico de la Unidad Médica: