

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2020 FOLIO 20335E00000544

Segundo Apellido: VELAZQUEZ Primer Apellido: MUCIO Nombre(s): MONCERRAT 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): MUVM050311MMCCLNA3 GESTANT 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 5.2 ¿Habla lengua indigena?: NO 6. Estado convugal: UNION LIBRE 5.3 Lengua indigena hablada: NO APLICA 7.Residencia habitual y teléfono 7.1 Tipo vialidad: CALLE 7.2 Nombre de la vialidad: SIN NOMBRE 7.5 Tipo del asentamiento humano: PUEBLO 0 7.3 Núm. Ext.: SN 7.4 Núm. Int.: SN 7.6 Nombre del asentamiento humano: SAN IDELFONSO 7.7 Código Postal: 50780 7.8 Localidad: SAN ILDEFONSO 7.9 Municipio o alcaldía: IXTLAHUACA 7.11 Teléfono: 0000000000 7.10 Entidad federativa: MEXICO 9. Núm. de Hijas/os 9.1. Nacidas/os muertas/os: 0 9.2. Nacidas/os vivas/os: 1 9.3. Sobrevivientes: 1 8. N°. de Embarazos: 1 10. La/EI-hija/o anterior nació: NO HA TENIDO OTROS HIJOS 10.1. Vive aun: NO APLICA 11. Orden del nacimiento: 1 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: 6 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: SECUNDARIA COMPLETA 15.2 ¿Interrumpió estudios por el embarazo? NO 17. Edad del padre: 19 16. Ocupación Habitual: NO REMUNERADO, AMA DE CASA 16.1.Trabaja actualmente: NO 19. Sexo: MUJER 20.Edad gestacional: 40 18. Fecha y hora de nacimiento: 19/05/2023 16:06 24. Tamiz auditivo: NO 23.2 Silverman (a los 10 min):0 22. Peso: 3120 grs 23.1 Apgar (a los 5 min): 9 21. Talla: 50 cms 25.1 BCG: NO 25.2 Hepatitis B:NO 25.3. Vitamina A: NO 25.4. Vitamina K: SI 25. Aplicación de vacunas y complementos 26.Producto de un embarazo: UNICO Especifique: 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 28.2. CLUES: MCSSA002872 Especifique: 28.3 Tiempo de traslado: 00:45 29. Resolución del embarazo: PARTO EUTÓCICO ¿Se usaron fórceps?: NO APLICA Especifique: Tipo Césarea: Tipo médico: GINECO-OBSTETRA Especifique: 30.Persona que atendió el parto: MEDICO 31. Domicilio donde ocurrió el nacimiento 31.1 Tipo de vialidad: AVENIDA 31.2 Nombre de la vialidad: UNIVERSIDAD 31.3 Núm. Ext.:105 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 Segundo Apellido: ARANDA 32. Nombre(s): OBED Primer Apellido: AGUILAR 33. Certificado por: MEDICO PEDIATRA Especifique: 34. Si la(el) 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 36.11 Teléfono: 7122830841 36.10 Entidad federativa: MEXICO Fecha de Certificación: 19/05/2023 CÓDIGO QR HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE



Firma electrónica del Certificante:

P3UFPIMM4DaZEINBa1qzTju6xJlrGaXtb13m5561ylvOz/dYWA899yWlmw6eami18XcnH4s1PhmXP0yIApSyZ0YTNWr73hG743vz1NDvl3hM3EYNIBOG0z2n/89lK4Com07XxJJ.hnhWb09zNnyl02zai/8WkmOjgzkUQFpJyBXx7Q4NJlCPvmaRxh11Qj5bge6vbihmqdqLR+7xFLWj4ux4oNEh93i/PChipuVsTqivqD2cw+BQaeDBi05FgQGrLKno2nd/NyB0YW13wdyx2i/3xlP9elKs6qLcO7thzQY2gQm5mOCWY6Dce66CmNevC1lRZJJYgYPxKVBhK8yOuFxw==

Cadena Original: |06c37aad-27ec-4113-a500-89f510e9503d|20335E00000544|MUVM050311MMCCLNA3|MONCERRAT MUCIO VELAZQUEZ|11/03/2005|19/05/2023 16:06|OBED AGUILAR ARANDA|19/05/2023 16:45:811|

Sello electrónico de la Secretaria de Salud: m8K0lx/zvhc8MMAGSehagYU115rilluJC8TXWakd4HVuW+n7V5NVOKHMzSReUHf0XYV5RK0PBEgcrDTz49Elz4BlpgK0qGL0xAPoVvqpdz4HSCjin8Z1FH3W31nEhMYToerindx23nLsuqcY7llhbc/3 HRbb75SN91AbN1Yjpkwgb4xnYaCxi7ll
YRAMcDECGTXZzrciFF+zU11ABHc1a+BBMcnullKGLaymXTJXMDHm0XqyHFipiZyq1HTAuldyjV+lMeeGZydgthQY8meKOKgfMgle/ZbqaCUUmakVqVUOXVw+dQmSFTWZ1qqAdikFaB+Tabligg=

Sello electrónico de la Unidad Médica: LvvSDizYCTWF9gCd7YSNrEHnxfVNSQJ2hhQoeJnpvflayhTPsHxCmGCVMxYrCwJq7vEl5nf4eeptFgVRiQQLcU3jqZb0fwwgS889CL0X+9wXVAsqQ0DGszqf2+UCYScXkj7sNUubY4dHa5iB4AM0n7Em7alkxTpLnun12jQZ5gvJebrykgDyNqDMxssU00CnefT0dHuZ1Z0hhZ2zMAZs/P6i-nng9CAEd+L6ZiSBqmcW8OqdhapEngMn9Vgby2eltmvWiqXHay+URYLj/2+oNbxw==