

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2020 **FOLIO** 20540E00000416

Nombre(s): ITZEL Primer Apellido: AGUILAR Segundo Apellido: GASPAR 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): AUGI070815MMCGSTA5 GESTANT 2. LUGAR DE NACIMIENTO 2,1 Municipio/Alcaldía:IXTAPAN DE LA SAL 2.2 Entidad Federativa/País: MEXICO 3.Fecha de nacimiento: 15/08/2007 4.Edad: 16 5.1 ¿Se considera indígena?: NO 5.2 ¿Habla lengua indígena?: NO 6. Situación convugal: UNION LIBRE 5.3 Lengua indígena hablada: NO APLICA 7.Residencia habitual v teléfono 7.1 Tipo vialidad: CAMINO 7.2 Nombre de la vialidad: POR LA PRESA 7.3 Núm. Ext.: SIN N 7.4 Núm. Int.: SIN N 0 7.5 Tipo del asentamiento humano: PUEBLO 7.6 Nombre del asentamiento humano: EMILIANO ZAPATA 7.7 Código Postal: 50770 7.8 Localidad: EMILIANO ZAPATA (SANTO DOMINGO) 7.9 Municipio o alcaldía: IXTLAHUACA 7.10 Entidad federativa: MEXICO 7.11 Teléfono: 7226110132 8. N°. de Embarazos: 1 9. Núm. de Hijas/os 9.1. Nacidas/os muertas/os: 0 9.2. Nacidas/os vivas/os: 1 9.3, Sobrevivientes: 1 K 10. La/El 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: 7 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? SI 16. Ocupación Habitual: NO REMUNERADO, AMA DE CASA 16.1.Trabaja actualmente: NO 17. Edad del padre: 19 18. Fecha y hora de nacimiento: 28/10/2023 16:25 19. Sexo: MUJER 20.Edad gestacional: 40 21. Talla: 53 cms 22, Peso: 3600 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 DEL a) NINGUNA APARENTE b) NINGUNA APARENTE 28. Sitio de Atención del parto: UNIDAD MEDICA PRIVADA 28.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL MAZAHUA 28.2. CLUES: MCSMP010756 Especifique: 28.3 Tiempo de traslado: 00:40 29.Resolución del embarazo: CESAREA ¿Se usaron fórceps?: NO APLICA Especifique: Tipo Césarea: DE URGENCIA 30.Persona que atendió el parto: MEDICO 31. Domicilio donde ocurrió el nacimiento 31.1 Tipo de vialidad: CALLE Tipo médico: GINECO-OBSTETRA Especifique: 31.2 Nombre de la vialidad: SIN NOMBRE 31.3 Núm, Ext.:SIN N 31.4 Núm, Int.: SIN N 31,5 Tipo de asentamiento:PUEBLO 31.6 Nombre del asentamiento humano: SANTA ANA NICHI 31.7 Código Postal: 50686 31.8 Localidad: SANTA ANA NICHI 31.9 Municipio o alcaldía: SAN FELIPE DEL PROGRESO 31.10 Entidad federativa: MEXICO 32. Nombre(s): DIANA Primer Apellido: BAES Segundo Apellido: SARABIA 33. Certificado por: OTRO MEDICO Especifique: MEDICO GENERAL 34. Si la(el) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 12816906 35. Unidad médica que proporcionó el Certificado 35.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL MAZAHUA 35.2 CLUES: MCSMP010756 36. Domicilio y teléfono 36.1 Tipo de vialidad: CALLE 36.2 Nombre de la vialidad: SIN NOMBRE 36.3 Núm, Ext.:SIN N 36,4 Núm, Int.: SIN N 36.5 Tipo de asentamiento: PUEBLO 36.6 Nombre del asentamiento humano: SANTA ANA NICHI 36.7 Código Postal: 50686 36.9 Municipio o alcaldía: SAN FELIPE DEL PROGRESO 36.8 Localidad: SANTA ANA NICHI 36.10 Entidad federativa: MEXICO 36.11 Teléfono: 7122170068 37. Fecha de Certificación: 08/11/2023 HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE CÓDIGO QR



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE



Firma electrónica del Certificante:

TSJJTptSTRSVanZgnSHiEjL+gb68izijn6UHQ4iw0mJRv3mRilm:b62aDD00Eb5Llq+PDHXD97GimCyleWG6gOgzNfrCCWzTRVb5jq8qe1TF9QpKCSv3pXisZDA748isuPgENDH-dr8jqmPr5uH8v3mHspRDLJ82C76xvgen+jDHDS3v7,4mtSig20+88b8c6pTPA7F74tqn6p2UP0L13mt7xaXDftcVUS4o61r6as8mxdTF5nU3D+s5zHkTcKLF5M4CFISLSTTGRG+kShvJc9vxcMJFWqLR63SXLDbktZRGimZFk4DA4P3YaDbSHjzxm4EDwnR7k== Cadena Original: [5ffc260c-8beb-45cb-b6ae-d790bca12a41|20540E00000416|AUGI070815MMCGSTA5|ITZEL AGUILAR GASPAR|15/08/2007|28/10/2023 16:25|DIANA BAES SARABIA|08/11/2023 09:10:366|

Sello electrónico de la Secretaria de Salud: 886stYICVRDPRINEVDCDSSN-NGZY5-0PO+GYVNBSKEIDHYKDIBHFCMxsZKGOSSN-LGSPWLZVSPWGREITI sdvkkjONbcObgrWWDZGOSminiOBClwySsEnEmbuns8EEMVCw+CxCSSE-nYOx8P6ZF165gPg/TawsLNUREPObGSLySW-sEPG3-w #AAM44yhRVRZZH-I-OmTBJZWkFwOchtw1n-YH-VC1647VKTEp8ybZUHUYNW103BOObRRMADimoRalchi.~qiDKfymiUGZFRUGACMRBIGJDwiL-nBr/XW-0O04TDUBEsPUG46548LGTUNKTALCHBgO+=