



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2020
FOLIO
20548E00000074

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

Nombre(s): BRENDA JOSSELYN		Primer Apellido: VALDEZ		Segundo Apellido: VILCHIS	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): VAVB960401MMCLLR05					
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía: TOLUCA 2.2 Entidad Federativa/País: MEXICO					
3.Fecha de nacimiento: 01/04/1996		4.Edad: 27		5.1 ¿Se considera indígena?: NO	
6. Estado conyugal: CASADO(A)		5.3 Lengua indígena hablada: NO APLICA		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.: 0		7.4 Núm. Int.: 0		7.5 Tipo del asentamiento humano: LOCALIDAD	
7.6 Nombre del asentamiento humano: BARRIO SAN PEDRO		7.7 Código Postal: 50900		7.9 Municipio o alcaldía: ALMOLOYA DE JUÁREZ	
7.8 Localidad: LA CABECERA		7.11 Teléfono: 7225118187			
7.10 Entidad federativa: MEXICO					
8. N°. de Embarazos: 2		9. Núm. de Hijas/os		9.1. Nacidas/os muertas/os: 0	
9.2. Nacidas/os vivas/os: 2		9.3. Sobrevivientes: 2			
10. La/El hijo/a anterior nació: VIVO		10.1. Vive aún: SI		11. Orden del nacimiento: 2	
12. Atención prenatal 12.1. ¿Recibió atención?: SI		12.2. Trimestre en el que recibió la primera 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: TÉCNICO TERMINAL CON 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: 30	

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

18. Fecha y hora de nacimiento: 19/06/2023 20:29		19. Sexo: HOMBRE		20.Edad gestacional: 39	
21. Talla: 48 cms		22. Peso: 2780 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: UNIDAD MEDICA PRIVADA		28.1 Nombre de la unidad médica: CLINICA MATERNO INFANTIL SAN			
28.2. CLUES: MCSMP009916		Especifique:		28.3 Tiempo de traslado: 00:40	
29.Resolución del embarazo: CESAREA		¿Se usaron fórceps?: NO APLICA		Especifique:	
Tipo Césarea: PROGRAMADO					
30.Persona que atendió el parto: MEDICO		Tipo médico: GINECO-OBSTETRA		Especifique:	
31. Domicilio donde ocurrió el nacimiento		31.2 Nombre de la vialidad: MELCHOR OCAMPO			
31.1 Tipo de vialidad: CALLE		31.5 Tipo de asentamiento: PUEBLO			
31.3 Núm. Ext.: SIN N		31.4 Núm. Int.: SIN N		31.7 Código Postal: 50200	
31.6 Nombre del asentamiento humano: SAN ANDRES		31.9 Municipio o alcaldía: TOLUCA			
31.8 Localidad: SAN ANDRES CUEXCONTITLAN					
31.10 Entidad federativa: MEXICO					

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. Nombre(s): JORGE		Primer Apellido: HERNANDEZ		Segundo Apellido: LEYVA	
33.Certificado por: OTRO MEDICO		Especifique: MEDICO CIRUJANO			
34. Si la(el) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 1463721					
35. Unidad médica que proporcionó el Certificado					
35.1 Nombre de la unidad médica: CLINICA MATERNO INFANTIL SAN ANDRÉS		35.2 CLUES: MCSMP009916			
36. Domicilio y teléfono		36.2 Nombre de la vialidad: MELCHOR OCAMPO			
36.1 Tipo de vialidad: CALLE		36.5 Tipo de asentamiento: PUEBLO			
36.3 Núm. Ext.: SIN N		36.4 Núm. Int.: SIN N		36.7 Código Postal: 50200	
36.6 Nombre del asentamiento humano: SAN ANDRES CUEXCONTITLAN		36.9 Municipio o alcaldía: TOLUCA			
36.8 Localidad: SAN ANDRES CUEXCONTITLAN		36.11 Teléfono: 7225435913			
36.10 Entidad federativa: MEXICO					
37. Fecha de Certificación: 26/06/2023					

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



CÓDIGO QR



Firma de la madre o gestante

Firma electrónica del Certificante: enXeSdultCoSF403N1ngAMXjd+2mM1ZwUthdfe7F0QsGuh/1X9s9311JkKsEWQdIP5meoC+Kq7tyUmRQWNB2yhr5JoB28D7T1OQowEXUnLZJG6W5VKbEnQd5+10TepXktzHEfa7C182XgbXnpTXUsk+H7zth182n5JwYuZeH0PgX00H51F7YVWPzoAC4nmrmthv7XD+UdGh9MXgsoIdQ62eG06K/PadS7esOu1gWdF5bndPP+eQdWbHrAngyUjYyAZ0baqCISqUevaKskdrgWlUrqhkuBwpWQgXuoB8MNTKzmdfckVwMoD+A==

Cadena Original: I288454de-06ef-4891-bcbc-fd19da6667b8120548E00000074I4VAVB960401MMCLLR05IBRENDA JOSSELYN VALDEZ VILCHIS01/04/199619/06/2023 20:29JORGE HERNANDEZ LEYVA126/06/2023 18:42:2811

Sello electrónico de la Secretaría de Salud: RfFcyGEnelASvchOMV0SA7CwVmhYobnFGv+rrVbTxRvVaAvS1QNBWMBK919YnEA7Qd+eWjP7U3PhBqN0Dais3KpS257EMkqL3Ww+q7VPY5n7WmMqPKaBd8QzZdPFBlaKygDJBESld2svdOre29th688XqWzuzCwz#Pw0Y5D361ys7LQPS#P+2YBLzrAJBdnvOBOS+VUbn29H23FBdH9FYQNHylU4cof6+6YemKadLxLnNun+42ZD+88X0Lubc0t0s0+11ByoGFHW7pK0yITpYURDzTZPzF5+NdA==

Sello electrónico de la Unidad Médica: WODH4WVWQq+VedV4QdKGSgQBRW9vz5cAsf0Sca787d3F8wCodfD0dBTcB+0338dPdzVSTN3JdyYnRPnQNB0kld52ps3M8X0CACKS0WpJ8uS0q+HmJpYnIsuQuHIdc11EostPnVUeDCXw20BSAkDMZGdG7gkYTDnWU+UC01G0g5VmhndgEZChMey60dLTQZ3ck6S0W0WnHrPLB02aKkU2EYwWd1SUW3pRusSWwS93A+H2GZqYqg33Pv7J7Lbc2AUedg+PvStw3PFX12jGBuYBjKagEFLU01GQVR8Dy0sW0YmP==