



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2020
FOLIO
20774E00000115

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

Nombre(s): ADRIANA		Primer Apellido: GUARDIOLA		Segundo Apellido: GALVAN	
1. CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): XXXX999999XXXXX99					
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía: CHIHUAHUA			2.2 Entidad Federativa/Pais: CHIHUAHUA		
3. Fecha de nacimiento: 20/06/1996		4. Edad: 28		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: CALLE		7.2 Nombre de la vialidad: SALVADOR ALLENDE	
7.3 Núm. Ext.: 379 A		7.4 Núm. Int.:		7.5 Tipo del asentamiento humano: COLONIA	
7.6 Nombre del asentamiento humano: VILLA NUEVA		7.7 Código Postal: 31134		7.9 Municipio o alcaldía: CHIHUAHUA	
7.8 Localidad: CHIHUAHUA		7.11 Teléfono: 6141777115			
7.10 Entidad federativa: CHIHUAHUA		8. N°. de Embarazos: 2		9.1. Nacidas/os muertas/os: 0	
9. Núm. de Hijas/os		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 primer consulta: PRIMER TRIMESTRE			
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: IMSS		14.1. Número de seguridad social o afiliación: 33139667076			
15. Escolaridad: LICENCIATURA O PROFESIONAL COMPLETO		15.2. ¿Interrumpió estudios por el embarazo? NO			
16. Ocupación Habitual: SUPERVISORES DE PERSONAL DE		16.1. Trabaja actualmente: SI			
17. Edad del padre: 28					

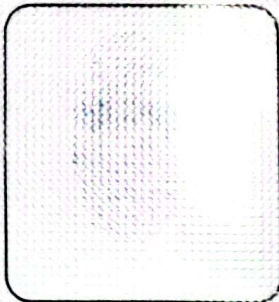
DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO Y DEL NACIMIENTO

18. Fecha y hora de nacimiento: 18/12/2024 08:10		19. Sexo: MUJER		20. Edad gestacional: 38	
21. Talla: 49 cms		22. Peso: 3190 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: SANATORIO DR. MIGUEL ARANDA LEZAMA, S.A.					
28.2. CLUES: CHSMP000771 Especifique:					
28.3 Tiempo de traslado: 00:15					
29. Resolución del embarazo: CESAREA					
¿Se usaron forceps?: NO APLICA Especifique:					
Tipo Césarea: PROGRAMADO					
30. Persona que atendió el parto: MEDICO					
Tipo médico: GINECO-OBSTETRA Especifique:					
31. Domicilio donde ocurrió el nacimiento					
31.1 Tipo de vialidad: CALLE					
31.2 Nombre de la vialidad: BOLIVAR					
31.3 Núm. Ext.: 510					
31.4 Núm. Int.:					
31.5 Tipo de asentamiento: COLONIA					
31.6 Nombre del asentamiento humano: CENTRO					
31.7 Código Postal: 31000					
31.8 Localidad: CHIHUAHUA					
31.9 Municipio o alcaldía: CHIHUAHUA					
31.10 Entidad federativa: CHIHUAHUA					

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. Nombre(s): MAGALI		Primer Apellido: OLAVE		Segundo Apellido: MORENO	
33. Certificado por: OTRO MEDICO		Especifique: CIRUJANO PARTERO			
34. Si la(el) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 1991596					
35. Unidad médica que proporcionó el Certificado					
35.1 Nombre de la unidad médica: SANATORIO DR. MIGUEL ARANDA LEZAMA, S.A.					
35.2 CLUES: CHSMP000771					
36. Domicilio y teléfono					
36.1 Tipo de vialidad: CALLE					
36.2 Nombre de la vialidad: BOLIVAR					
36.3 Núm. Ext.: 510					
36.4 Núm. Int.:					
36.5 Tipo de asentamiento: COLONIA					
36.6 Nombre del asentamiento humano: CENTRO					
36.7 Código Postal: 31000					
36.8 Localidad: CHIHUAHUA					
36.9 Municipio o alcaldía: CHIHUAHUA					
36.10 Entidad federativa: CHIHUAHUA					
36.11 Teléfono: 6144168291					
37. Fecha de Certificación: 18/12/2024					

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



CÓDIGO QR



Adriana G
FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

Firma electrónica del Certificante: YSak54NxbpQUJozzCmZU6FpJALF24NdhW8eNZScu3p9uhHxyDZz7aZK++NoEmn04AFuKsZLS9FgHYYTNUZFC8grUINMuJzGwcaF0rhnQcQXmQmZg+g+NF1gN00z7XaU0XhY00Hv6+6gRzd1JLdcaINPQ441Lx8DV8MDPhUSLAP2Z5dnKJbRmzRa3X3uglw3zVoSeDhZg1yp3L5mEWFMF3ugDNYETQaJm3P8EzB30c8Pv6b0y97GvYL2p8UhaBougmzTpWZ0UCmQ3S155scipjorGN7anc4H5BwmdajA==

Cadena Original: j6Sea0a95-c793-4a16-bf18-35b766e69a40j20774E00000115jXXXX999999XXXXX99jADRIANA GUARDIOLA GALVANj20/06/1996j18/12/2024 08:10jMAGALI OLAVE MORENOj18/12/2024 16:58:18j

Sello electrónico de la Secretaría de Salud: TjgLU48WwzPoxCtQTxQMnBEOHROb6DeWGOZB+2Rbdm4d32wUaQFDZsTkuU5cdY7CmsBCFK8NagDyVY13cMdwUwbulmVhvt4yoc+EX00xvOnZSAySia1g17G8RwP9wGFCXQ442EAV95K3XtveNeV6s+L18uuhNA7T5m6ZJS1qQDJS5p4NysRWZbMELWheeyFuB3Lpajnc185p+PMAA01H7uazorRkPm4m9ECVEseuH7g7baOrKamqG8LwGast7W5uJCG+u42b0CM0ra3R1W0mA==

Sello electrónico de la Unidad Médica: AXJt4+hzY9Dg0bWk55qqh0SPNVMLBsm0YhWjXj4XFXEdw12n0GwgY2hX42gQFQZWhvG9P6Qb6ZP0w078FSD08RVAISX0sechcJ9OSJQZHWBDFVv+2TnTgFBALe4LIDK4d3ohE+8MXqWwQMABLYwF8DMj0AMPp4D6RePa5+brJGd1yGz6TIDXC8jPxdWjmoVn7LNLQ76c8ZLmqt+pGdn+rsQMR80p9Bp4Q1Q2NhoV2h9K8gHY5DM3UwTnSHp2v3UuCLABz9y61pY9dG1SLB2OQLDfMjDg6RQfys=