



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2025  
**FOLIO**  
**20219E00001265**

|   |  |  |   |   |   |  |
|---|--|--|---|---|---|--|
| DATOS DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE  | Nombre(s): ELVIA YAZMIN  |  | Primer Apellido: MUÑOZ                                      |   | Segundo Apellido: QUEZADA                         |  |
|   | 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): MUQE880512MASXZL09                                  |  |   |   |   |  |
|   | 2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía: AGUASCALIENTES  |  |   | 2.2 Entidad Federativa/País: AGUASCALIENTES |   |  |
|   | 3. Fecha de nacimiento: 12/05/1988   |  | 4. Edad: 36   |   | 5.1 ¿Se considera indígena?: NO                   |  |
|   | 6. Situación conyugal: CASADO(A)   |  | Lengua indígena hablada: NO APLICA                          |   | 5.2 ¿Habla lengua indígena?: NO                   |  |
|   |  |  | 5.3 ¿Se considera afromexicana o afrodescendiente? NO       |   | 5.4 ¿Es migrante? NO                              |  |
|   | 7. Residencia habitual y teléfono  |  | 7.1 Tipo vialidad: CALLE                                    |   | 7.2 Nombre de la vialidad: KUKUL                  |  |
|   | 7.3 Núm. Ext.: 118   |  | 7.4 Núm. Int.:  |   | 7.5 Tipo del asentamiento humano: FRACCIONAMIENTO |  |
|   | 7.6 Nombre del asentamiento humano: RESERVA QUETZALEZ  |  |   |   | 7.7 Código Postal: 20356                          |  |
|   | 7.8 Localidad: SAN FRANCISCO DE LOS ROMO   |  | 7.9 Municipio o alcaldía: SAN FRANCISCO DE LOS ROMO         |   |   |  |
| 7.10 Entidad federativa: AGUASCALIENTES   |  | 7.11 Teléfono: 4492878033  |   |   |   |  |
| 8. N.º 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   |   |   |   |  |
| 10. La/El hijo/a anterior nació: NO HA TENIDO OTROS HIJOS   |  | 10.1. Vive aún: NO APLICA  |   | 11. Orden del nacimiento: 1                 |   |  |
| 12. Afiliación a Servicios de Salud: IMSS   |  | 12.1. Número de seguridad social o afiliación: 51128811018             |   |   |   |  |
| 13. Atención prenatal 13.1. ¿Recibió atención?: SI  |  | 13.2. Trimestre en el que recibió la primer consulta: PRIMER TRIMESTRE |   | 13.3. Total de consultas recibidas: 9       |   |  |
| 14. ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacida/o viva/o: SI   |  | 14.1. Escriba el número de folio del Certificado de Defunción:         |   |   |   |  |
| 15. ¿Durante el embarazo fumó habitualmente? NO   |  | 16. ¿Durante el embarazo consumió alcohol? NO                          |   |   |   |  |
| 17. Escolaridad: LICENCIATURA O PROFESIONAL COMPLETO  |  | 17.2. ¿Interrumpió estudios por el embarazo? NO                        |   |   |   |  |
| 18. Ocupación Habitual: DOCENTE   |  | 18.1. Trabaja actualmente: SI  |   | 19. Edad del padre: 36                      |   |  |
| DATOS DE LA (DEL) NACIDA/O VIVO Y DEL NACIMIENTO  | 20. Fecha y hora de nacimiento: 21/03/2025 07:31   |  | 21. Edad gestacional: 38                                    |   | 22. Peso: 3220 grs                                |  |
|   | 23. Talla: 52 cms  |  | 24. Perímetro cefálico: 36 cms                              |   |   |  |
|   | 25. Sexo de la (del) recién nacida/o: HOMBRE   |  | 26. Adaptación de la (del) nacida/o en sus primeros minutos |   |   |  |
|   | 27. Producto de un embarazo: ÚNICO   |  | Especifique: 1 de 1   |   | 26.1 Apgar (a los 5 min): 9                       |  |
|   | 28. Aplicación de vacunas y complementos   |  | 28.1 BCG: NO  |   | 28.2 Hepatitis B: NO                              |  |
|   | 28.3. Vitamina A: NO   |  | 28.4. Vitamina K: SI  |   | 28.5 Antibiótico oftálmico: SI                    |  |
|   | 29. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o             |  |   |   |   |  |
|   | a) NINGUNA APARENTE  |  |   |   |   |  |
|   | b) NINGUNA APARENTE  |  |   |   |   |  |
|   | 30. Sitio de Atención del parto: UNIDAD MEDICA PRIVADA   |  | 30.1 Nombre de la unidad médica: STAR MEDICA                |   | Especifique:                                      |  |
| 30.2. CLUES: ASSMP000120  |  | 31. Tiempo de traslado: 01:00  |   |   |   |  |
| 32. Resolución del embarazo: CESAREA  |  | 32.1 ¿Se usaron fórceps?: NO APLICA                                    |   | Especifique:                                |   |  |
| 32.2 Tipo de Césarea: PROGRAMADO  |  | 33.1 Tipo de médico: GINECO-OBSTETRA                                   |   | Especifique:                                |   |  |
| 33.2 Tipo de enfermera: NO APLICA   |  | 33.3 Tipo de partera: NO APLICA  |   | Especifique:                                |   |  |
| 34. Nombre de quien atendió el parto: JOSE DANIEL   |  | Primer Apellido: CONTRERAS   |   | Segundo Apellido: GARZA                     |   |  |
| 34.1 Si la persona que atendió el parto es profesional de la salud. Número de cédula profesional: 5183799 |  |  |   |   |   |  |
| 35. Domicilio donde ocurrió el nacimiento   |  | 35.1 Tipo de vialidad: AVENIDA   |   | 35.2 Nombre de la vialidad: UNIVERSIDAD     |   |  |
| 35.3 Núm. Ext.: 101   |  | 35.4 Núm. Int.:  |   | 35.5 Tipo de asentamiento: FRACCIONAMIENTO  |   |  |
| 35.6 Nombre del asentamiento humano: VILLAS DE LA UNIVERSIDAD   |  | 35.7 Código Postal: 20020  |   | 35.9 Municipio o alcaldía: AGUASCALIENTES   |   |  |
| 35.8 Localidad: AGUASCALIENTES  |  |  |   |   |   |  |
| 35.10 Entidad federativa: AGUASCALIENTES  |  |  |   |   |   |  |
| DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE  | 36. Nombre(s): IGNACIO ALEJANDRO   |  | Primer Apellido: NAJERA                                     |   | Segundo Apellido: GUTIERREZ                       |  |
|   | 37. Certificado por: MÉDICO PEDIATRA   |  | Especifique:  |   |   |  |
|   | 37.1 Especifique el tipo de enfermera/o: NO APLICA   |  | 37.2 Especifique el tipo de partera/o: NO APLICA            |   |   |  |
|   | 38. Si la(él) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 8226458         |  |   |   |   |  |
|   | 39. Unidad médica que proporciona el Certificado si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica |  |   |   |   |  |
|   | 39.1 Nombre de la unidad médica: STAR MEDICA   |  | 39.2 CLUES: ASSMP000120                                     |   |   |  |
|   | 40. Domicilio y teléfono   |  | 40.1 Tipo de vialidad: AVENIDA                              |   | 40.2 Nombre de la vialidad: UNIVERSIDAD           |  |
|   | 40.3 Núm. Ext.: 101  |  | 40.4 Núm. Int.:   |   | 40.5 Tipo de asentamiento: FRACCIONAMIENTO        |  |
|   | 40.6 Nombre del asentamiento humano: VILLAS DE LA UNIVERSIDAD  |  | 40.7 Código Postal: 20020                                   |   | 40.8 Municipio o alcaldía: AGUASCALIENTES         |  |
|   | 40.10 Entidad federativa: AGUASCALIENTES   |  | 40.9 Municipio o alcaldía: AGUASCALIENTES                   |   | 40.11 Teléfono: 4499109900                        |  |
| 41. Fecha de Certificación: 22/03/2025 10:11:59   |  | C.P. 20020 Aguascalientes, Ags. México                                 |   |   |   |  |



HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



CÓDIGO QR



  
 FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

Firma electrónica del Certificante: TPfjgr+ADIPiBjAqJAG9nAyvHCoXESCEEYmipbraa4DzKfmrtaUJE59G7gU1bqHQBjVozgvGlyy4RiB6P3Xedme0gWfHs0v0pHhBQNBhPBTa4u+033AKkLrPVGjshMjYnupfgrma2ZVghZ5jak1H5YyG4S-SIhKH0+NaqjBDaJd0dHJ3S8YwRVWpKEFtP+KKPLRyH0da3U1a2hKv27Zu6mLsA/Axwelpan7U6KrWS68hdV5lImaDQWEdY0BE9xXuk6mH2LDIzy+mN1JooSvEYek+s5Rar0dJRVBeqnyDfTBKwB0s3u3t+56A==

Cadena Original: [3a33a04b-4bba-4970-a06a-6d6deb3015b2]20219E00001265[MUQE880512MASXZL09]ELVIA YAZMIN MUÑOZ QUEZADA[12:05:1988]21/03/2025 07:31[IGNACIO ALEJANDRO NAJERA GUTIERREZ]22/03/2025 10:11:59

Sello electrónico de la Secretaría de Salud: eCa\_D0X055H1D+05k1ZrVEUab0pLh2n6NbaKsnuGNTGIZeFwDwVJR2wMjBE7bpcvNnuPaM3NRcc2390YX3u0HTIC3CVPsQzheh54qU3DwEUNk5pudHf9enXGXy66+tpjxjpa6vutay+seN9F3Dfpy21mVwJb00DLKdWfDba34nTCk0CYVt0pYw056A43Z0Mpc+ewZu0p0sq3Y6AZ4P2d0w0tWULIT5gC9y1Y3G63RE5A8HhB0A6X6bJpkmP45AFgZuJZGCamYKbWbGCKmMh990==

Sello electrónico de la Unidad Médica: jh6FPCV0ChPrlSv6P4T0XW9028mCv0pLp0TDSER0uRnRZ+HXC0Kv15x1XhWw6bz7+484dSIErTuh5DaMa0505imereb3YwTTGk8p9wVmiZb3GTv6CkpWmNmM+4ShEUDkaUL0NtG0MARB0wJmNPdkaNvVgyl54xL0XNn5e052732kye6yAAAC8uARUdG910yQUR2s6sLh7U1k0yEM7v1m0h3CSRRIA0UHG40Zw707Lw156d+Tew020yGHTp0W2y0ANG1ySk0F0WKA0uF0F0yV0P0d0KZMCC+e=