



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2020  
**FOLIO**  
**20757E00003166**

DATOS DE LA MADRE O GESTANTE

Nombre(s): ANAHI		Primer Apellido: VALENZUELA		Segundo Apellido: DOMINGUEZ	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): VADA880422MVZLMN00					
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía: COTAXTLA 2.2 Entidad Federativa/País: VERACRUZ DE IGNACIO DE LA					
3. Fecha de nacimiento: 22/04/1988		4. Edad: 35		5.1 ¿Se considera indígena?: NO	
6. Situación conyugal: UNION LIBRE		5.2 ¿Habla lengua indígena?: NO			
		5.3 Lengua indígena hablada: NO APLICA			
7. Residencia habitual y teléfono		7.1 Tipo vialidad: CALLE		7.2 Nombre de la	
7.3 Núm. Ext.: 182		7.4 Núm. Int.:		MARIANO AZUELA	
7.6 Nombre del asentamiento		INFONAVIT CHIVERIA		7.5 Tipo del asentamiento humano: UNIDAD	
7.8 Localidad: VERACRUZ		7.7 Código Postal: 91714			
7.10 Entidad federativa: VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE		7.9 Municipio o alcaldía: VERACRUZ			
		7.11 Teléfono: 2292649371			
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 primer		PRIMER TRIMESTRE	
12.3. Total de consultas recibidas: 9					
13. ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacida/o viva/o: SI		13.1. Escriba el número de folio del Certificado de			
14. Afiliación a Servicios de Salud: IMSS		14.1. Número de seguridad social o afiliación: 65078845693			
15. Escolaridad: BACHILLERATO O PREPARATORIA		15.2. ¿Interrumpió estudios por el		NO	
16. Ocupación Habitual: EMPLEADOS DE VENTAS EN		16.1. Trabaja actualmente: SI		17. Edad del padre: 33	

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

18. Fecha y hora de nacimiento: 14/04/2024 11:41		19. Sexo: HOMBRE		20. Edad gestacional: 39	
21. Talla: 51 cms		22. Peso: 3470 grs		23.1 Apgar (a los 5 min): 9	
				23.2 Silverman (a los 10 min): 0	
25. Aplicación de vacunas y complementos		25.1 BCG: NO		25.2 Hepatitis B: NO	
26. Producto de un embarazo: UNICO		Especifique: de		25.3. Vitamina A: SI	
27. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variaciones de la (del) nacida/o viva/o		25.4. Vitamina K: SI			
a) NINGUNA APARENTE					
b) NINGUNA APARENTE					
28. Sitio de Atención del parto: IMSS		28.1 Nombre de la unidad médica: HGZ 71 VERACRUZ			
28.2. CLUES: VZIMS001124		Especifique:		28.3 Tiempo de traslado: 00:20	
29. Resolución del embarazo: PARTO EUTÓCICO		¿Se usaron fórceps?: NO APLICA		Especifique:	
Tipo Césarea:					
30. Persona que atendió el parto: MEDICO		Tipo médico: GINECO-OBSTETRA		Especifique:	
31. Domicilio donde ocurrió el		31.2 Nombre de la vialidad: DIAZ MIRON ESQUINA CEDRO			
31.1 Tipo de vialidad: CALLE		31.5 Tipo de asentamiento: FRACCIONAMIENTO			
31.3 Núm. Ext.: SIN N		31.4 Núm. Int.:		31.7 Código Postal: 91940	
31.6 Nombre del asentamiento humano: FLORESTA		31.9 Municipio o alcaldía: VERACRUZ			
31.8 Localidad: VERACRUZ					
31.10 Entidad federativa: VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE					

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. Nombre(s): DIANA LUZ		Primer Apellido: VASQUEZ		Segundo Apellido: NOCEDAL	
33. Certificado por: MEDICO PEDIATRA		Especifique:			
34. Si la(el) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 7605405					
35. Unidad médica que proporcionó el Certificado					
35.1 Nombre de la unidad médica: HGZ 71 VERACRUZ		35.2 CLUES: VZIMS001124			
36. Domicilio y teléfono					
36.1 Tipo de vialidad: CALLE		36.2 Nombre de la vialidad: DIAZ MIRON ESQUINA CEDRO			
36.3 Núm. Ext.: SIN N		36.4 Núm. Int.:		36.5 Tipo de asentamiento: FRACCIONAMIENTO	
36.6 Nombre del asentamiento humano: FLORESTA		36.7 Código Postal: 91940			
36.8 Localidad: VERACRUZ		36.9 Municipio o alcaldía: VERACRUZ			
36.10 Entidad federativa: VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE		36.11 Teléfono: 2299221920			
37. Fecha de Certificación: 14/04/2024					

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



CÓDIGO QR



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

*[Handwritten signature]*

Firma electrónica del Certificante: [rWFRoVQONUx8ghKwSvUy+FrRhwkxqghVJfRtEJk5V639eAjpMDS59RfN10e2ab4Px1TC/HTmt.3AVaVym972DzlnkwVlUjVj2xwONiBaXUNbMH2zUaa1XsPMvzggv6Bb5gS6TVN4Y/N0j611WvVnW5M49x5n1taKv-937x7](#)

Cadena Original: [189159273-c9e7-4669-86b2-d2847da0ef9b|20757E00003166|VADA880422MVZLMN00|ANAHI VALENZUELA DOMINGUEZ|22/04/1988|14/04/2024 11:41|DIANA LUZ VASQUEZ NOCEDAL|14/04/2024 13:57:437](#)

Sello electrónico de la Secretaría de Salud: [UYG0Fyfr6sqtzpuhmf22YK0diw6gMj5QjdhTixSaS8+HbQzCjOZ7o7AAoM2Sxdt.c5UK1L8YSSVozYgWvN/2CG1UemnaUd93FFG8rgT350gd7m5GizaPyQbTnGlcwMKMFAX922K0f9jRrfrfska1u7ICj0gnyH](#)

Sello electrónico de la Unidad Médica: [MWlatoVdV03Y5HXaM1ju0J4duome3UcWACKQCSu21T26C0A/5CwU5xOnLMDkBLpG3sFTYqam8/TzBqDc6+dOkvDPkyery80HicZpWdybTZG0cUWpSMK63xx2vid9gpBgh1KVoU8Se9vu4x8Me5XoyTwy0wL2Qe](#)