



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2025

FOLIO

23387E00004497

DATOS DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE

DATOS DE LA (DEL) NACIMIENTO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

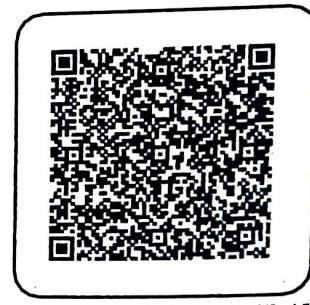
Nombre(s): ANA PRISILA	Primer Apellido: VAZQUEZ	Segundo Apellido: VAZQUEZ
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): VAVA010118MCSZZNA9		
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía: BERRIOZABAL	2.2 Entidad Federativa/País: CHIAPAS	
3. Fecha de nacimiento: 18/01/2001	4. Edad: 24	5.1 ¿Se considera indígena?: NO
6. Situación conyugal: CASADO(A)		5.2 ¿Habla lengua indígena?: NO
7. Residencia habitual y teléfono	7.1 Tipo vialidad: AVENIDA	5.3 ¿Se considera afrodescendiente? NO
7.3 Núm. Ext.: 52	7.4 Núm. Int.: S/N	5.4 ¿Es migrante? NO
7.6 Nombre del asentamiento humano: PLAN DE AYALA	7.5 Tipo del asentamiento humano: COLONIA	
7.8 Localidad: TUXTLA GUTIERREZ	7.7 Código Postal: 29020	
7.10 Entidad federativa: CHIAPAS	7.9 Municipio o alcaldía: TUXTLA GUTIERREZ	
8. N.º de Embarazos: 2	9. N.º de Hijas/os	7.11 Teléfono: 9614519819
10. La/El hijo/a anterior nació: VIVO	9.1. Nacidas/os muertas/os: 0 9.2. Nacidas/os vivas/os: 2 9.3. Sobrevivientes: 2	
12. Afiliación a Servicios de Salud: NINGUNA	10.1. Vive aún: SI 11. Orden del nacimiento: 2	
13. Atención prenatal 13.1. Recibió atención?: SI	12.1. Número de seguridad social o afiliación:	
14. ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacida/o viva/o?: SI	13.2. Trimestre en el que recibió la primer consulta: PRIMER TRIMESTRE 13.3. Total de consultas recibidas: 10	
15. ¿Durante el embarazo fumó habitualmente? NO	14.1. Escriba el número de folio del Certificado de Defunción:	
17. Escolaridad: PRIMARIA INCOMPLETA	16. ¿Durante el embarazo consumió alcohol? NO	
18. Ocupación Habitual: AMA DE CASA	17.2. ¿Interrumpió estudios por el embarazo? NO	
20. Fecha y hora de nacimiento: 05/08/2025 16:50	21. Edad gestacional: 36	18.1. Trabaja actualmente: NO 19. Edad del padre: 999
25. Sexo de la (del) recién nacida/o: HOMBRE	22. Peso: 2310 grs	23. Talla: 48 cms 24. Perímetrocefálico: 31 cms
27. Producto de un embarazo: ÚNICO	25. Especifique: 1 de 1	26. Adaptación de la (del) nacida/o en sus primeros minutos
28. Aplicación de vacunas y complementos	28.3. Vitamina A: NO	26.1. Apgar (a los 5 min): 9 26.2 Silverman (a los 10 min): 1
28.1 BCG: NO	28.2 Hepatitis B: NO	28.4. Vitamina K: SI 28.5 Antibiótico oftálmico: NO
29. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o		
a) NINGUNA APARENTE	30.1. Nombre de la unidad médica: HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL PASCASIO GAMBOA TUXTLA	31. Tiempo de traslado: 01:00
b) NINGUNA APARENTE	30.2. CLUES: CSIMB002980	Especifique:
30. Sitio de Atención del parto: Servicios de Salud IMSS Bienestar	32.1. ¿Se usaron fórceps?: NO APLICA	32. Especifique:
Especifique:		
32. Resolución del embarazo: EUTÓCICO	33.1. Tipo de médico: GENERAL	Especifique:
32.2 Tipo de Césarea:	33.3. Tipo de partera: NO APLICA	Segundo Apellido: AGUILAR
33. Persona que atendió el parto: MÉDICO	Primer Apellido: BALTAZAR	
33.2 Tipo de enfermera: NO APLICA	Número de cédula profesional: 7818746	
34. Nombre de quién atendió el parto: ARELI GUADALUPE	35.2. Nombre de la vialidad: 9A. SUR	
34.1 Si la persona que atendió el parto es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 6021214	35.5. Tipo de asentamiento: BARRIO	
35. Domicilio donde ocurrió el nacimiento	35.1 Tipo de vialidad: AVENIDA	
35.3 Núm. Ext.: SIN N	35.4 Núm. Int.:	35.7 Código Postal: 29066
35.6 Nombre del asentamiento humano: SAN FRANCISCO		35.9 Municipio o alcaldía: TUXTLA GUTIERREZ
35.8 Localidad: TUXTLA GUTIERREZ		
35.10 Entidad federativa: CHIAPAS		
36. Nombre(s): RUTH ANGELICA	Primer Apellido: RAMOS	Segundo Apellido: JIMENEZ
37. Certificado por: OTRO MÉDICO	Especifique: MEDICO GENERAL	
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: 6021214		
39. Unidad médica que proporcionó el Certificado si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica	39.2 CLUES: CSIMB002980	
39.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL PASCASIO GAMBOA TUXTLA	40.2 Nombre de la vialidad: 9A. SUR	
40. Domicilio y teléfono	40.1 Tipo de vialidad: AVENIDA	
40.3 Núm. Ext.: SIN N	40.4 Núm. Int.:	40.5 Tipo de asentamiento: BARRIO
40.6 Nombre del asentamiento humano: SAN FRANCISCO		40.7 Código Postal: 29066
40.8 Localidad: TUXTLA GUTIERREZ	40.9 Municipio o alcaldía: TUXTLA GUTIERREZ	
40.10 Entidad federativa: CHIAPAS	40.11 Teléfono: 9616189250	
41. Fecha de Certificación: 05/08/2025 22:46:40		

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE O GESTANTE



APVV

FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE



Firma electrónica del Certificador: JEz2yCdYJxJTSBhW7Bz4ZGr0gkAD/DdAJ24Q/+sBvBkEdtKcmryDT1ngu51gBLsIKhTsw15P9+s9Wp+NjhLURhlg/v0/TOn03mmmbhdYJDHNuPvAqgnfU3fxPw5G7XgGaPaP2xLnAwPNs7JhbNriskep2i5anJcP2CrRhNM+zElmla09

Cadena Original: F0xb0x5TR6PgtYwjtYfPDPbvT5k1Pzg9Bk+zPVlySXyQISICVWUQvgM5WpNT781UJPU1nqhTelLSX31nRh6yVSB16BacyGRF1LmDuW/S4/OvrhmrnQcHDcsTo3rQ+MJAOGa8lvHoa8trg/WADNUC=

Sello electrónico de la Secretaría de Salud: LxL0g5ewNfWPDe9gBhW0nMaGy51D4JFV7mlnukorTWC1D4fEd6Y+RT8wYAzRyv0Ak9yEW7XV92bQJLQPhiRw1KbJ5bA1k909wS7SO2wntFaEwW2LpqshT8ab2sqVsq8VXMyDr+vVPLkIGpZE2EQ/yvD0hvVHP;OCZs4G

Sello electrónico de la Unidad Médica: 0baLya457uLKG68NLJc2hgF1pe1og9Y/YsB28m.4y/p53L8nchku4tch0b9y7JPerrfcaEx5xW4dThwAy7mRicore21gBaH1Nmzch03Q+7EcOvLKS7Y2SFcdxNpxM02ySh/TQ==

Sello electrónico de la Unidad Médica: k0k/cdrWjVYy7B2mleMh1K5SWPfXz7fP09j5Dwet4d101N1N1JuFWSNWgUhuxPBbl1Ka2G2zv2w4yfPMPLWNEPNfgrDOLCTnfJ3/Holghd7Hk7kRtNlk1aoxY24NTAUFCEDmDROsAa2QNPw4tG7pmJpcy4k25eu0jbfcLbF+RaaNE/JenGFFUxxVb02yJUQh2nzP0q8b7y+CN21ETyP2SJzj77VOLwWHMpwZSLp4CDrdJwPv8P25ly25ymMBedJnCOnQD+FGDnEnDd955BwSwAJUDtkpqn9352R4r/ve2sNN3wLg=