



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

Modelo 2025
FOLIO
23387E00004497

Primer Apellido: VAZQUEZ
Segundo Apellido: VAZQUEZ

Nombre(s): ANA PRISILA		2.2 Entidad Federativa/País: CHIAPAS	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): BERRIOZABAL		5.2 ¿Habla lengua indígena?: NO	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Alcaldía: BERRIOZABAL		5.4 ¿Es migrante?: NO	
3. Fecha de nacimiento: 18/01/2001		7.2 Nombre de la vialidad: LINDA VISTA	
4. Edad: 24		7.5 Tipo del asentamiento humano: COLONIA	
6. Situación conyugal: CASADO(A)		7.7 Código Postal: 29020	
7. Residencia habitual y teléfono		7.9 Municipio o alcaldía: TUXTLA GUTIERREZ	
7.3 Núm. Ext.: 52		7.11 Teléfono: 9614519819	
7.6 Nombre del asentamiento humano: PLAN DE AYALA		9.1. Nacidas/os muertas/os: 0	
7.8 Localidad: TUXTLA GUTIERREZ		9.2. Nacidas/os vivas/os: 2	
7.10 Entidad federativa: CHIAPAS		9.3. Sobrevivientes: 2	
8. N°. de Embarazos: 2		10.1. Vive aún: SI	
9. Núm. de Hijas/os		11. Orden del nacimiento: 2	
10. La/El hijo/a anterior nació: VIVO		12.1. Número de seguridad social o afiliación:	
12. Afiliación a Servicios de Salud: NINGUNA		14.1. Escriba el número de folio del Certificado de Defunción:	
13. Atención prenatal 13.1. ¿Recibió atención?: SI		16. ¿Durante el embarazo consumió alcohol?: NO	
13.2. Trimestre en el que recibió la primera consulta: PRIMER TRIMESTRE		17.2. ¿Interrumpió estudios por el embarazo?: NO	
14. ¿Vive la madre o gestante de la (del) nacida/o viva/o?: SI		18.1. Trabaja actualmente: NO	
15. ¿Durante el embarazo fumó habitualmente?: NO		19. Edad del padre: 999	
17. Escolaridad: PRIMARIA INCOMPLETA		22. Peso: 2310 grs	
18. Ocupación Habitual: AMA DE CASA		23. Talla: 48 cms	
20. Fecha y hora de nacimiento: 05/08/2025 16:50		24. Perímetro cefálico: 31 cms	
21. Edad gestacional: 36		26. Adaptación de la (del) nacida/o en sus primeros minutos	
22. Peso: 2310 grs		26.1 Apgar (a los 5 min): 9	
23. Talla: 48 cms		26.2 Silverman (a los 10 min): 1	

DATOS DE LA MADRE O PERSONA GESTANTE

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

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

25. Sexo de la (del) recién nacida/o: HOMBRE		28.3. Vitamina A: NO	
27. Producto de un embarazo: ÚNICO		28.4. Vitamina K: SI	
28. Aplicación de vacunas y complementos		28.5 Antibiótico oftálmico: NO	
28.1 BCG: NO		28.6. Vitamina B: NO	
28.2 Hepatitis B: NO		30.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL PASCASIO GAMBOA TUXTLA	
29. Anomalías congénitas, enfermedades, lesiones o variación de la (del) nacida/o viva/o		31. Tiempo de traslado: 01:00	
a) NINGUNA APARENTE		32.1. CLUES: CSIMB002980	
b) NINGUNA APARENTE		32.2. ¿Se usaron fórceps?: NO APLICA	
30. Sitio de Atención del parto: Servicios de Salud IMSS Bienestar		Especifique:	
32. Resolución del embarazo: EUTÓCICO		33.1 Tipo de médico: GENERAL	
32.2 Tipo de Césarea:		33.2 Tipo de partera: NO APLICA	
33. Persona que atendió el parto: MÉDICO		33.3 Tipo de partera: NO APLICA	
33.2 Tipo de enfermera: NO APLICA		Primer Apellido: BALTAZAR	
34. Nombre de quién atendió el parto: ARELI GUADALUPE		Número de cédula profesional: 7818746	
34.1 Si la persona que atendió el parto es profesional de la salud. Número de cédula profesional:		35.2 Nombre de la vialidad: 9A. SUR	
35. Domicilio donde ocurrió el nacimiento		35.5 Tipo de asentamiento: BARRIO	
35.3 Núm. Ext.: SIN N		35.7 Código Postal: 29066	
35.4 Núm. Int.: SAN FRANCISCO		35.9 Municipio o alcaldía: TUXTLA GUTIERREZ	
35.6 Nombre del asentamiento humano: SAN FRANCISCO		Segundo Apellido: JIMENEZ	
35.8 Localidad: TUXTLA GUTIERREZ		37.2 Especifique el tipo de partera/o: NO APLICA	
35.10 Entidad federativa: CHIAPAS		37.3 Especifique el tipo de partera/o: NO APLICA	
36. Nombre(s): RUTH ANGELICA		37.4 Especifique el tipo de partera/o: NO APLICA	
37. Certificado por: OTRO MÉDICO		37.5 Especifique el tipo de partera/o: NO APLICA	
37.1. Especifique el tipo de enfermera/o: NO APLICA		37.6 Especifique el tipo de partera/o: NO APLICA	
38. Si la (el) certificante es profesional de la salud, Número de cédula profesional: 6021214		39.2 CLUES: CSIMB002980	
39. Unidad médica que proporcionó el Certificado si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica		40.2 Nombre de la vialidad: 9A. SUR	
39.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL PASCASIO GAMBOA TUXTLA		40.5 Tipo de asentamiento: BARRIO	
40. Domicilio y teléfono		40.7 Código Postal: 29066	
40.3 Núm. Ext.: SIN N		40.9 Municipio o alcaldía: TUXTLA GUTIERREZ	
40.4 Núm. Int.: SAN FRANCISCO		40.11 Teléfono: 9616189250	
40.6 Nombre del asentamiento humano: SAN FRANCISCO		CÓDIGO QR	
40.8 Localidad: TUXTLA GUTIERREZ			
40.10 Entidad federativa: CHIAPAS			
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 Certificante: [Firma digitalizada]
Cadena Original: [Cadena de seguridad]
Sello electrónico de la Secretaría de Salud: [Sello digitalizado]
Sello electrónico de la Unidad Médica: [Sello digitalizado]