

Libro No. _____

REGISTRO DE NACIDOS VIVOS

Partida No. _____

RECIBIENDO NACIDO

1. Nombre completo del recién nacido/a: _____

2. Local de nacimiento:
 Hospital nacional: 1 _____
 Unidad de Salud: 2 _____
 Hospital o clínica privada: 3 _____
 Casa de habitación: 4 _____
 Otro: 5 _____ Especifique _____

3. Fecha de nacimiento:
 Hora _____ Día _____ Mes _____ Año _____

11. Edad

DE LA MADRE

10. Nombre completo de la madre: _____

12. Nombre del asistente: _____
 Médico/a: 1 Enfermero/a: 2 Partera: 3 Otro: 4

13. Duración del embarazo: (meses de gestación) _____

14. Estado conyugal:
 Soltera: 1 Acompañada: 2 Casada: 3 Viuda: 4
 Separada: 5 Divorciada: 6 Ignorado: 7

15. Sabe leer y escribir: Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

16. Ocupación actual: _____

22. Edad:

PADRE

21. Nombre completo del padre: _____

23. Sabe leer y escribir:
 Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

OTRO

27. Nombre del informante: _____

28. Parentesco: _____

29. Firma: _____ D.U.I. _____

4. Lugar de nacimiento:
 Departamento: _____
 Municipio: _____
 Cantón: _____

5. Sexo: Masculino: 1 Femenino: 2

6. Peso al nacer: _____ Gramos

7. Talla al nacer: _____ Centímetros

8. Clase de parto: Único 1 Triple 3
 Gemelo 2 Cuádruple o más 4

9. Tipo de parto: Vaginal: 1 Cesárea: 2

17. Lugar de residencia actual:
 Departamento: _____
 Municipio: _____
 Cantón: _____

19. Nacionalidad
 Urbana: 1 Rural: 2

18. Lugar de nacimiento: Departamento: _____ Municipio: _____

20. Número de hijos/as:
 Cuántos hijos/as están vivos incluyendo este recién nacido:.....
 De los hijos/as nacidos vivos, cuántos han muerto:
 Cuántos Hijos/as nacieron muertos:.....

24. Ocupación actual: _____

25. Lugar de nacimiento: Departamento: _____ Municipio: _____

26. Nacionalidad

30. Fecha de registro: _____

31. Nombre, firma, sello del Registrador/a del Estado familiar:

Libro No. _____

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Partida No. _____

1. Nombre y apellido del difunto/a: _____

2. Número de D.U.I del difunto : _____

3. Fecha de la defunción : Minutos: _____ Horas: _____ Día: _____ Mes: _____ Año _____

4. Lugar de la defunción: Departamento: _____

Municipio: _____

Cantón: _____

5. Local de la defunción: Hospital nacional: 1 _____

Unidad de Salud: 2 _____

Hospital o clínica de salud: 3 _____

Casa de habitación: 4 _____

Calle: 5 Otro: 6 _____ Especifique _____

6. Sexo: Masculino: 1 Femenino: 2 Indeterminado: 3

7. Estado conyugal: Soltero/a: 1 Acompañado/a: 2 Casado/a: 3 Viudo/a: 4

Separado/a: 5 Divorciado/a: 6 Ignorado /a: 7 Impúber: 8

8. Edad: Para mayores de 1 año y más (años cumplidos) : _____

Para menores de 1 año : Hora: _____ Minutos : _____ Dias: _____ Meses: _____

Complete: Madre casada : Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

Tipo de parto : Vaginal: 1 Cesárea: 2 No sabe: 3

Edad de la madre: _____ Duración del embarazo : _____ semanas gestación

Si en días esta entre 1 a 28 complete la siguiente información:

Peso al nacer _____ gramos Talla al nacer _____ centímetros

Cuantos ha tenido la madre: Embarazos _____ Abortos _____ Nacidos muertos _____

18. Fecha de registro: _____

19. Firma y sello del médico/a responsable: _____

9. Ocupación última del fallecido/a: _____

10. Jubilado o pensionado: Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

11. Lugar de residencia actual de la persona fallecida. Departamento: _____

Municipio: _____

Cantón: _____

Área Urbana: 1 Rural: 2

12. Nombre y apellido de la madre: _____

Nombre y apellido del padre : _____

13. CAUSA DE DEFUNCION Anote sólo una causa en cada una de las líneas (a), (b), (c) y (d).

a) _____ debido a (o como consecuencia de)

b) _____ debido a (o como consecuencia de)

c) _____ debido a (o como consecuencia de)

d) _____ CAUSA BÁSICA

MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA

14 - Si la persona fallecida es una mujer entre 10 - 54 años investigar si estaba embarazada: Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

15- Accidente: 1 Suicidio: 2 Homicidio: 3 Ignorado: 4

16- Causas de muerte: Arma de fuego: 1 Arma blanca: 2 Caída: 3 Ahogamiento: 4

Acc. de tránsito: 5 Envenenamiento: 6 Artefacto explosivo: 7

Ahorcamiento o estrangulamiento: 8 Por objeto contundente: 9 Otro: 10 Especifique _____

ASISTENCIA Y CERTIFICACIÓN MÉDICA

17- Tuvo asistencia médica durante su enfermedad : Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

Defunción Certificada por Médico: Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

20- Nombre, firma y sello registrador/a del estado familiar

Libro No. _____

CERTIFICADO DE NACIDO MUERTO

Partida No. _____

N A C I D O M U E R T O	
1. Nombre completo del nacido/a muerto :	
2. Lugar del parto: Departamento: _____ Municipio : _____ Cantón: _____	
3. Fecha del parto: Hora _____ Día _____ Mes _____ Año _____	
4. Sexo: Masculino: 1 <input type="checkbox"/> Indeterminado : 3 <input type="checkbox"/>	5- Peso al nacer: Femenino: 2 <input type="checkbox"/> _____ Gramos
6. Talla al nacer : _____ Centímetros	
7. Duración del embarazo : _____ Semanas de Gestación	
8. Clase de parto: Único 1 <input type="checkbox"/> Triple 3 <input type="checkbox"/> Gemelo 2 <input type="checkbox"/> Cuádruple o más 4 <input type="checkbox"/>	
9- Tipo de Parto: Vaginal: 1 <input type="checkbox"/> Cesárea: 2 <input type="checkbox"/>	
10. Causa de muerte: a) _____ Enfermedad o afección principal del feto o del recién nacido b) _____ Otras enfermedad o afecciones del feto o del recién nacido c) _____ Enfermedades o afección principal de la madre que afectan al feto o al niño d) _____ Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto o al niño	

D E L A M A D R E	
11. Nombre completo de la madre:	
12. Edad	
13. Local del parto: Hospital nacional: 1 <input type="checkbox"/> Unidad de Salud: 2 <input type="checkbox"/> Hospital o clínica privada: 3 <input type="checkbox"/> Casa de habitación: 4 <input type="checkbox"/> Otro : 5 <input type="checkbox"/> Especifique _____	
14. Nombre del asistente: Médico/a : 1 <input type="checkbox"/> Enfermero/a: 2 <input type="checkbox"/> Partera: 3 <input type="checkbox"/> Otro : 4 <input type="checkbox"/>	
15. Estado conyugal Soltero/a: 1 <input type="checkbox"/> Acompañado/a : 2 <input type="checkbox"/> Casado/a : 3 <input type="checkbox"/> Viudo/a: 4 <input type="checkbox"/> Separado/a: 5 <input type="checkbox"/> Divorciado/a: 6 <input type="checkbox"/> Ignorado/a: 7 <input type="checkbox"/>	
16. Sabe leer y escribir: Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>	
17. Ocupación actual: _____	
18. Lugar de residencia actual: Departamento: _____ Municipio: _____ Cantón: _____	
19. Número de hijos/as: Cuántos hijos/as están vivos : _____ Cuántos nacidos vivos/as han muerto: _____ Cuántos nacieron muertos/as incluyendo este: _____	
20. Número de hijos/as en este parto múltiple: Cuántos hijos/as nacieron en este parto: _____ Cuántos nacieron vivos/as: _____ Cuántos nacieron muertos/as: _____	
21. Nombre completo del padre:	
22. Edad:	
23. Sabe leer y escribir: Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>	
24. Ocupación actual: _____	

P A - D R E	
25. Fecha de registro:	
26. Firma y Sello Médico/a responsable:	
27. Nombre, firma y sello del Registrador/a del Estado Familiar:	
OTRO	

Libro No. _____

CERTIFICADO DE MATRIMONIO

Partida No. _____

Lugar y Fecha del Matrimonio

1. Lugar del matrimonio: _____

Departamento: _____

Municipio: _____

2. Fecha del matrimonio:

Día _____ Mes _____ Año _____

3. Nombre y apellido del esposo: _____

4. Edad: _____

5. Lugar de residencia actual:

Departamento: _____

Municipio: _____

Cantón: _____

Área

Urbana: 1

Rural: 2

6. Estado civil:

Soltero: 1

Viudo: 2

Divorciado: 3

7. Sabe leer y escribir:

Si: 1

No: 2

Ignorado: 3

8. Ocupación actual: _____

DE LA ESPOSA

9. Nombre y apellido de la esposa: _____

10. Edad: _____

11. Lugar de residencia actual:

Departamento: _____

Municipio: _____

Cantón: _____

Área

Urbana: 1

Rural: 2

12. Estado civil:

Soltera: 1

Viuda: 2

Divorciada: 3

13. Sabe leer y escribir:

Si: 1

No: 2

Ignorado: 3

14. Ocupación actual: _____

O T R O

15. Fecha de registro: _____

16. Nombre, firma y sello del Registradora del Estado Familiar: _____

17. Observaciones: _____

Libro No. _____

CERTIFICADO DE DIVORCIO

Partida No. _____

Lugar y Fecha del Divorcio

1. Lugar del divorcio:

Departamento: _____

Municipio: _____

2. Fecha del fallo:

Día _____ Mes _____ Año _____

DEL ESPOSO

3. Nombre y apellido del esposo: _____

4. Edad: _____

5. Sabe leer y escribir:

Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

6. Ocupación actual: _____

7. Lugar de residencia actual:

Departamento: _____

Municipio: _____

Cantón: _____

Área

Urbana: 1 Rural: 2

DE LA ESPOSA

8. Nombre y apellido de la esposa: _____

9. Edad: _____

10. Sabe leer y escribir:

Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

11. Ocupación actual: _____

12. Lugar de residencia actual:

Departamento: _____

Municipio: _____

Cantón: _____

Área

Urbana: 1 Rural: 2

DIVORCIO

13. Causal de divorcio:

Separación absoluta: 1 Abandono de hogar: 5

Mutuo consentimiento: 3 Ignorado: 7

14. Fecha de matrimonio: _____

15. Número de hijos: _____

OTRO

16. Fecha de registro: _____

17. Observaciones: _____

18. Nombre, firma y sello del Registrador/a del Estado Familiar: _____