

Libro No. \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE NACIDOS VIVOS

Partida No. \_\_\_\_\_

REC I E N  
N A C I D O

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 \_\_\_\_\_

10. Nombre completo de la madre:

11. Edad \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

21. Nombre completo del padre:

22. Edad: \_\_\_\_\_

23. Sabe leer y escribir:

Si: 1 ☐ No: 2 ☐ Ignorado: 3 ☐

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 \_\_\_\_\_Gemelo 2 ☐ Cuádruple o más 4 ☐

9. Tipo de parto:

Vaginal: 1 ☐ Cesárea: 2 ☐

17. Lugar de residencia actual:

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Cantón: \_\_\_\_\_

Área  
Urbana: 1 ☐Rural: 2 ☐

18. Lugar de nacimiento:

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

19. Nacionalidad \_\_\_\_\_

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:

1 ☐ Acompañado/a : 2 ☐ Casado/a : 3 ☐ Viudo/a : 4 ☐

5 ☐ Separado/a : 6 ☐ Divorciado/a : 7 ☐ Ignorado /a : 8 ☐ 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: \_\_\_\_\_

Área

Municipio: \_\_\_\_\_

Urbana: 1 ☐

Cantón: \_\_\_\_\_

Rural: 2 ☐

12- Nombre y apellido de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del padre : \_\_\_\_\_

13. CAUSA DE DEFUNCION

Añote 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

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:

Femenino: 2 ☐Masculino: 1 ☐Indeterminado : 3 ☐

5- Peso al nacer:

Gramos

6. Taille al nacer :

Centímetros

7. Duración del embarazo :

Semanas de Gestación

8. Clase de parto:

Único 1 ☐ Triple 3 ☐Gemelo 2 ☐ Cuádruple o más 4 ☐

9- Tipo de Parto:

Vaginal: 1 ☐Cesárea: 2 ☐

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

17. Ocupación actual:

18. Lugar de residencia actual:

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Cantón: \_\_\_\_\_

Área

Urbana: 1 ☐Rural: 2 ☐

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.....

24. Ocupación actual:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐D  
E  
L  
A  
M  
A  
D  
R  
E

11. Nombre completo de la madre:

12. Edad

13. Local del parto:

Hospital nacional: 1 ☐Unidad de Salud: 2 ☐Hospital o clínica privada: 3 ☐Casa de habitación: 4 ☐Otro : 5 ☐

Especifique

14. Nombre del asistente:

Médico/a : 1 ☐Enfermero/a: 2 ☐Partera: 3 ☐Otro : 4 ☐

15. Estado conyugal

Soltero/a: 1 ☐Acompañado/a : 2 ☐Casado/a : 3 ☐Viudo/a: 4 ☐Separado/a: 5 ☐Divorciado/a: 6 ☐Ignorado/a: 7 ☐

16. Sabe leer y escribir:

Si: 1 ☐No: 2 ☐Ignorado: 3 ☐

21. Nombre completo del padre:

22. Edad:

23. Sabe leer y escribir:

Si: 1 ☐No: 2 ☐Ignorado: 3 ☐

25. Fecha de registro:

26. Firma y Sello Médico/a responsable:

OTRO

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

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 \_\_\_\_\_

DEL  
ESPOSO

3. Nombre y apellido del esposo:

4. Edad:

5. Lugar de residencia actual:

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Cantón: \_\_\_\_\_

☐ ☐

Urbana: 1 ☐

Rural: 2 ☐

Área

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: \_\_\_\_\_

☐ ☐

Urbana: 1 ☐

Rural: 2 ☐

Área

12. Estado civil:

Soltera: 1 ☐

Viuda: 2 ☐

Divorciada: 3 ☐

13. Sabe leer y escribir:

Si: 1 ☐

No: 2 ☐

Ignorado: 3 ☐

14. Ocupación actual:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. Fecha de registro: \_\_\_\_\_

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

17. Observaciones:

\_\_\_\_\_

O  
T  
R  
O



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:**Sí: 1 ☐No: 2 ☐Ignorado: 3 ☐**6. Ocupación actual:**☐ ☐ ☐ ☐ ☐**7. Lugar de residencia actual:**

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Cantón: \_\_\_\_\_

☐ ☐  
☐ ☐☐ ☐  
☐ ☐☐ ☐  
☐ ☐**Área**Urbana: 1 ☐Rural: 2 ☐

DIRECTORIO ESTADÍSTICO Y CENSOS

**DE LA  
ESPOSA****8. Nombre y apellido de la esposa:****9. Edad:****10. Sabe leer y escribir:**Sí: 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:**