



N° 4050607080

## CERTIFICADO DE NACIDO VIVO



REPÚBLICA DEL PERÚ

## 1. DATOS DE LA MADRE

1.1 Documento de Identidad	DNI <input type="text"/>	CE <input type="text"/>	Pasaporte <input type="text"/>	Otro <input type="text"/>	N° <input type="text"/>	1.2 Edad	<input type="text"/>
1.3 Primer Apellido	<input type="text"/>						
1.4 Segundo Apellido	<input type="text"/>						
1.5 Prenombres	<input type="text"/>						
1.6 Dirección	<input type="text"/>						
CP	CCNN/Ciudad	<input type="text"/>				Distrito/Estado	<input type="text"/>
Provincia/País	<input type="text"/>				Departamento / Continente	<input type="text"/>	

## 2. DATOS DEL NACIMIENTO

2.1 Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	2.2 Fecha nacimiento:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	2.3 Hora	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	m
2.4 Lugar de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Establecimiento Salud	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Centro Laboral	<input type="checkbox"/> Vía Pública	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="text"/>								
CP	CCNN	<input type="text"/>				Distrito	<input type="text"/>								
Provincia	<input type="text"/>				Departamento	<input type="text"/>									
2.5 Dirección	<input type="text"/>														

## 3. DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO

3.1 DNI N°:	<input type="text"/>														
3.2 Primer Apellido	<input type="text"/>														
3.3 Segundo Apellido	<input type="text"/>														
3.4 Prenombres	<input type="text"/>														
3.5 Colegiatura:	<input type="text"/>														
3.6 Profesión:	<input type="text"/>														
3.7 El que certifica declara:	<input type="checkbox"/> Haber Atendido el parto	<input type="checkbox"/> Haber constatado el parto	<input type="text"/>												
3.8 Lugar y Fecha certificación:	<input type="text"/>														
														Sello y firma del profesional	

Impresión Dactilar  
(Índice derecho)

## INFORME ESTADÍSTICO DEL NACIDO VIVO

## 4. DATOS DEL PARTO

4.1 Atendió el Parto:	Médico <input type="checkbox"/>	Técnico Salud <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	4.2 Tipo Parto	Unico <input type="checkbox"/>	4.3 Condición Parto	Espontáneo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	Obstetrix <input type="checkbox"/>	Promotor Salud <input type="checkbox"/>	Nadie (Autoayuda) <input type="checkbox"/>		Doble <input type="checkbox"/>		Instrumentado <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
	Enfermera (o) <input type="checkbox"/>	Partera / Comadrona <input type="checkbox"/>			Triple <input type="checkbox"/>		Cesárea <input type="checkbox"/>		
	Interno (a) <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>			Más de tres <input type="checkbox"/>				
4.4 Tipo de Seguro / Financiadore	Usuario <input type="checkbox"/>	ESSALUD <input type="checkbox"/>	Sanidad FAP <input type="checkbox"/>	Sanidad EP <input type="checkbox"/>	Privados <input type="checkbox"/>	Exonerado <input type="checkbox"/>	4.5 Duración Embarazo	<input type="text"/>	Semanas
	SIS <input type="checkbox"/>	SOAT <input type="checkbox"/>	Sanidad Naval <input type="checkbox"/>	Sanidad PNP <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		

## 5. DATOS ADICIONALES DE LA MADRE

5.1 FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
CC/CP / CCNN/Ciudad	<input type="text"/>				Distrito/Estado	<input type="text"/>	
Provincia/País	<input type="text"/>				Departamento / Continente	<input type="text"/>	
5.2 NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Ningún nivel <input type="checkbox"/>	Primaria completa <input type="checkbox"/>	Sup. No Univ. Incompleta <input type="checkbox"/>	Superior completa <input type="checkbox"/>	5.3. SITUACIÓN CONYUGAL DE LA MADRE	Soltera <input type="checkbox"/>	Divorciada <input type="checkbox"/>
	Inicial / Pre-Esc. <input type="checkbox"/>	Secund. Incompleta <input type="checkbox"/>	Sup. No Univ. completa <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>		Casada <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>
	Prim. Incompleta <input type="checkbox"/>	Secundaria completa <input type="checkbox"/>	Superior incompleta <input type="checkbox"/>			Viuda <input type="checkbox"/>	Separada <input type="checkbox"/>
5.4 Ocupación:	<input type="text"/>						Ignorado <input type="checkbox"/>
5.5 Embarazos e hijos	N° hijos actualmente vivos <input type="text"/>	N° hijos nacidos vivos que fallecieron <input type="text"/>	N° abortos y nacidos muertos <input type="text"/>	N° Total Embarazos <input type="text"/>	<input type="text"/>		
5.6 Fecha Nacimiento hijo anterior nacido vivo	<input type="text"/>						

## 6. DATOS DEL NACIDO VIVO

6.1 Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	6.2 Fecha nacimiento	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
6.3 Hora	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	m	6.4 Peso	<input type="text"/>	Gramos	
6.5 Lugar de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Establecimiento Salud	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Centro Laboral	<input type="checkbox"/> Vía Pública	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="text"/>			
Dirección	<input type="text"/>									
CP	CCNN	<input type="text"/>				Distrito	<input type="text"/>			
Provincia	<input type="text"/>				Departamento	<input type="text"/>				
Departamento	<input type="text"/>									
										Sello y firma del profesional

Impresión Dactilar  
(Índice derecho)

(Reverso del Certificado de Nacido Vivo)



Impresión Dactilar  
(Índice derecho de la  
madre del titular)



**IMPRESIÓN PELMATOSCÓPICA DEL RECIÉN NACIDO**

----- ✂

### INTRUCCIONES GENERALES

1. El certificado de Nacido Vivo es un documento probatorio de la ocurrencia del nacimiento.
2. El formato consta de dos partes desglosables: la parte superior que contiene el "Certificado del Nacido Vivo" y la parte inferior que contiene el "Informe Estadístico".
3. El formato de nacido vivo debe llenarse para cada niño que nació vivo (mostró signos de vida).
4. Si es parto múltiple (mellizos, trillizos, etc) debe llenar un formulario por cada nacido vivo.
5. El personal de salud (médico, obstetrix, enfermera, otra persona profesional o técnica en salud), que atiende o constata el nacimiento llenará el formato en su integridad, es decir, el certificado y el informe estadístico del nacido vivo.
6. La constatación de los nacimientos ocurridos en domicilio, será realizada por el personal profesional de salud (médico, obstetrix, enfermera) dentro de los 30 días de haberse producido el nacimiento.
7. Inscrito el nacimiento, el Registrador Civil, desglosará el formulario y archivará el Certificado de Nacido Vivo en la Oficina de Registros del Estado Civil y remitirá el Informe Estadístico del Nacido Vivo al establecimiento de salud más cercano.



N° 4050607080