

# Resolución Ministerial

Lima, 6 de OCTUBRE del 2010

**Vistos:** los Expedientes N°s 09-077210-001, 10-008575-001 y 10-031899-002, que contienen la Nota Informativa N° 188-2009-OGEI/OE/AP/MINSA, el Memorando N° 1181-2009-DG-OGEI/MINSA, el Memorando N° 541-2010-DG-OGEI/MINSA, la Nota Informativa N° 035-2010-OGEI-OE-AIA/MINSA y el Memorando N° 696-2010-DG-OGEI/MINSA, emitidos por la Oficina General de Estadística e Informática, así como el Informe N° 607-2010-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

## CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 389-2004/MINSA del 21 de abril de 2004, se precisó que la expedición del Certificado del Nacido Vivo es gratuita en todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados, así como los que sean expedidos por los profesionales o personal de salud que haya brindado la atención correspondiente;

Que, posteriormente, la Ley N° 29462, Ley que establece la gratuidad de la inscripción del nacimiento, de la primera copia certificada del Acta de Nacimiento y de la expedición del Certificado de Nacido Vivo; y modifica diversos artículos de la Ley Orgánica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), determinó en su artículo 1° que el Ministerio de Salud dispone el cumplimiento de la referida ley en todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados, encargados de expedir el Certificado de Nacido Vivo;

Que, por otro lado, mediante Resolución Ministerial N° 332-2005/MINSA del 04 de mayo de 2005, se aprobó el Formulario de Certificado de Defunción;

Que, mediante los documentos de vistos, la Oficina General de Estadística e Informática, ha advertido la necesidad de perfeccionar la cobertura, calidad y oportunidad de las estadísticas vitales, referidas a los nacidos vivos y a las defunciones, para lo cual ha presentado el proyecto de Directiva Administrativa que regule el Procedimiento para el flujo y calidad de los Formularios de Hechos Vitales del Nacido Vivo y de Defunción;



Z. Solís V.



W. Olivera A.



D. León Ch.

Que, en tal virtud, corresponde emitir el acto resolutivo que apruebe el proyecto antes señalado;

Con el visado del Director General de la Oficina General de Estadística e Informática, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud, y;

De conformidad con lo dispuesto en el inciso l) del Artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la Directiva Administrativa N° 166 -MINSA/OGEI-V.01 "Procedimiento para el flujo y calidad de los Formularios de Hechos Vitales del Nacido Vivo y de Defunción", la misma que forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.-** Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el Portal de Internet del Ministerio de Salud, en la dirección: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)

Regístrese, comuníquese y publíquese

**OSCAR RAUL UGARTE UBILLUZ**  
Ministro de Salud



Z. Solís V.



W. Olivera A.



D. León Ch.



## DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 166 -MINSA/OGEI-V.01

### **DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL FLUJO Y CALIDAD DE LOS FORMULARIOS DE HECHOS VITALES DEL NACIDO VIVO Y DE DEFUNCIÓN**

#### **I. FINALIDAD**

Fortalecer la disponibilidad de información estadística de nacidos vivos y defunciones, de manera oportuna, completa y adecuada, para la toma de decisiones.

#### **II. OBJETIVO**

Establecer el adecuado registro, codificación, ingreso de datos y flujo de los formularios del nacido vivo y de defunción, en todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados, y en otros lugares de ocurrencia.

#### **III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La presente Directiva Administrativa es de cumplimiento obligatorio por el personal de salud, en todos los establecimientos de salud de los subsectores público y privado, a nivel nacional, que certifican los nacimientos y defunciones, bajo la supervisión de las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud.

#### **IV. BASE LEGAL**

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 25323, Ley que crea el Sistema Nacional de Archivos.
4. Ley N° 26497, Ley Orgánica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).
5. Ley N° 29462, Ley que establece la gratuidad de la inscripción del nacimiento, de la primera copia certificada del Acta de Nacimiento y de la expedición del Certificado de Nacido Vivo y modifica diversos artículos de la Ley Orgánica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).
6. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
7. Decreto Supremo N° 043-2001-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Organización y Funciones del INEI.
8. Resolución Ministerial N° 389-2004/MINSA, que aprueba la expedición del Certificado del Nacido Vivo gratuito en todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados.
9. Resolución Ministerial N° 332-2005/MINSA, que aprueba el Formulario del Certificado de Defunción.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL FLUJO Y CALIDAD DE LOS FORMULARIOS DE HECHOS VITALES DEL NACIDO VIVO Y DE DEFUNCIÓN**

## **V. DISPOSICIONES GENERALES**

### **5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS**

#### **5.1.1 Hecho vital**

Son hechos vitales para los propósitos de la presente Directiva Administrativa, los nacimientos de seres humanos vivos y sus fallecimientos.

#### **5.1.2 Formularios**

Son los formatos impresos específicos, que contienen espacios en blanco, en los que se anota información relacionada a nacimientos o defunciones, según corresponda. Una vez llenados constituyen los únicos documentos que acreditan la ocurrencia del hecho vital. Los formularios que administra el Ministerio de Salud son los del nacido vivo y de defunción. (Ver anexos 3 y 4)

El formulario del nacido vivo que acredita el nacimiento de una persona, contiene dos partes desglosables denominadas: "Certificado del nacido vivo" e "Informe estadístico del nacido vivo".

El formulario de defunción que acredita el fallecimiento de una persona, contiene dos partes desglosables denominadas: "Certificado de defunción" e "Informe estadístico de la defunción".

#### **5.1.3 Certificado**

Constituye la parte superior del formulario antes descrito, que incluye la información que es registrada por el personal de salud y otros, así como la declaración jurada realizada por la persona que solicita el registro del hecho vital, ante las Oficinas de Registro de Estado Civil (OREC) de las Municipalidades.

#### **5.1.4 Informe Estadístico**

Constituye la parte inferior del formulario, en el cual el personal de salud consigna los siguientes datos:

- En el caso del registro del nacido vivo, se registran los datos del recién nacido, de la madre, y del personal de salud correspondiente.
- En el registro de la defunción, se registran los datos del fallecido, causa básica de muerte y otras causas, incluyendo las causas por muerte violenta o causa externa, en particular los casos de muerte de mujeres asociadas a gestación, así como los datos del personal de salud correspondiente.

#### **5.1.5 Personal de salud**

Es el/la médico cirujano, obstetra/obstetriz, enfermero/a u otro profesional o técnico en salud que haya atendido, certificado o constatado el hecho vital materia de registro.

## **VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

### **6.1 CARÁCTER ÚNICO DE LOS FORMULARIOS**

Los formularios constituyen documentos que se emiten por única vez. Se encuentra prohibido extender duplicados o copias adicionales de los formularios, así como extender formularios con carácter extemporáneo.

En caso que el solicitante requiera contar con un documento que acredite el nacimiento o defunción, el establecimiento procederá a emitir la constancia correspondiente en documento escrito previa verificación.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL FLUJO Y CALIDAD DE LOS FORMULARIOS DE HECHOS VITALES DEL NACIDO VIVO Y DE DEFUNCIÓN**

## **6.2 SUBSANACIÓN DE ERRORES U OMISIONES**

Todo error u omisión cometido al momento de llenar los formularios debe ser subsanado por el mismo personal de salud que registró los datos o, excepcionalmente, por su superior jerárquico, mediante la emisión de un nuevo certificado. La subsanación procederá a requerimiento de la persona solicitante del registro de un hecho vital o por observación de la oficina registral, y será otorgada previa comprobación en la historia clínica, de ser posible, de la existencia del sustento suficiente para ello. El certificado con errores u omisiones debe ser anulado una vez expedido el nuevo certificado.

## **6.3 GRATUIDAD**

El registro y la expedición de los certificados del nacido vivo y de defunción es completamente gratuito, bajo cualquier circunstancia, incluyendo para los nacidos por partos domiciliarios, bajo responsabilidad de los Directores o Jefes de los Establecimientos de Salud públicos y privados, así como del personal de salud responsable del registro correspondiente.

## **6.4 PLAZO PARA EL REGISTRO DE LOS HECHOS VITALES**

El registro de los nacimientos debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días de haber ocurrido el hecho vital, con excepción de los nacimientos ocurridos en los lugares de difícil acceso, en los cuales resulta aplicable el plazo de noventa (90) días establecido en el artículo 51° de la Ley N° 26497, modificado por la Ley N° 29462.

El registro de la defunción no se encuentra sujeta a plazo según el artículo primero de la Resolución Jefatural N° 771-2010-JNAC/RENIEC.

## **6.5 FLUJO DE LOS FORMULARIOS LLENOS**

### **6.5.1 Registro**

El declarante de la información que se registra deberá presentar su Documento Nacional de Identidad (DNI), con el fin de asegurar su identificación y el registro correcto de su nombre en el formulario. En el caso del registro de la defunción, también deberá presentarse el DNI de la persona fallecida, cuando así corresponda.

### **6.5.2 Entrega de los certificados**

El personal de salud entregará el certificado de nacido vivo a la madre de éste o a la persona a quien ella autorice expresamente mediante carta poder.

En el caso del certificado de defunción, éste será entregado a quien haya declarado tal hecho vital.

La persona que reciba el certificado deberá firmar el cargo correspondiente, indicando su nombre completo y número de DNI.

La entrega de los certificados debe hacerse inmediatamente después de efectuado el registro correspondiente y no se encuentra sujeto a condición alguna. En caso que la persona interesada no recoja el certificado en ese momento, éste quedará en custodia del establecimiento de salud por un plazo de un (1) año, transcurrido el cual será remitido al archivo pasivo.

### **6.5.3 Trámite de los informes estadísticos**

Por su parte, los informes estadísticos se remitirán a la Oficina de Estadística o el área que haga sus veces del establecimiento de salud, cuyo responsable a su vez lo enviará al punto de digitación en forma ordenada para el procesamiento respectivo, dentro de los treinta (30) días posteriores al momento del registro.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 166 -MINSA/OGEI-V.01**

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL FLUJO Y CALIDAD DE LOS FORMULARIOS DE HECHOS VITALES DEL NACIDO VIVO Y DE DEFUNCIÓN**

En el caso de los establecimientos de salud a cargo de Essalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, así como en los establecimientos privados, los informes estadísticos deberán ser entregados a la Oficina de Estadística o su equivalente de la Dirección de Salud, Dirección Regional de Salud o Gerencia Regional de Salud en cuya jurisdicción se encuentre, dentro del mismo plazo señalado en el párrafo anterior. Posteriormente, serán remitidos al punto de digitación para el procesamiento respectivo.

La entrega de los informes estadísticos debe estar acompañada de los archivos magnéticos respectivos, donde halla acceso al ingreso digital en el software de la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.

**6.5.4 Descentralización del sistema de hechos vitales**

Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud establecerán los puntos de digitación teniendo en cuenta el flujo establecido en los Anexos N° 1 y N° 2 que forman parte de la presente Directiva Administrativa.

**6.5.5 Periodicidad**

Las bases de datos de nacimientos y defunciones generadas en los Establecimientos de Salud deben ser remitidas mensualmente desde el punto de digitación a las Oficinas de Estadística o su equivalente de las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, para su consolidación correspondiente.

**6.5.6 Fecha de cierre de información**

Las bases de datos consolidadas por las Oficinas de Estadística señaladas en el numeral 6.5.5 deben ser remitidas a la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud de acuerdo al calendario de remisión de información estadística publicado en la dirección electrónica <ftp://ftp.minsa.gob.pe/OEI/>

El cierre anual será hasta tres (3) meses después de culminado el año anterior y lo realiza la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.

**6.5.7 Archivo y seguridad de los informes estadísticos digitados**

Cada establecimiento de salud es responsable del acopio de los informes estadísticos y debe mantenerlos archivados mientras se concluya el procesamiento de la información.

Los informes estadísticos deben mantenerse por cinco (5) años como mínimo en el archivo activo, y diez (10) años como mínimo en el archivo pasivo.

**6.6 ACCIONES REQUERIDAS EN EL FLUJO**

**6.6.1 De la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA**

El Ministerio de Salud, a través de su Oficina General de Estadística e Informática, capacitará y brindará asistencia técnica a las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, respecto al llenado de los formularios, así como en la codificación, digitación, procesamiento, consolidación y análisis de la información estadística.

Asimismo, consolidará la información estadística sobre hechos vitales en el ámbito nacional, previo control de calidad y consistencia de la misma. De encontrar información inconsistente, devolverá la base de datos a la instancia que la haya remitido para su respectiva corrección.

**6.6.2 De las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud**

Las Direcciones de Salud de Lima, Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, a través de sus Oficinas de Estadística o similares, coordinarán y brindarán la asistencia técnica a los establecimientos de salud públicos y privados de su jurisdicción administrativa, respecto al llenado de los formularios, así como en la codificación, digitación, procesamiento, consolidación y análisis de la información estadística. También son responsables del monitoreo, seguimiento, análisis y control de calidad de la información de



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL FLUJO Y CALIDAD DE LOS FORMULARIOS DE HECHOS VITALES DEL NACIDO VIVO Y DE DEFUNCIÓN**

hechos vitales. Finalmente, son las instancias responsables de difundir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en la presente Directiva Administrativa.

**6.6.3 Del personal de salud**

El personal de salud encargado de la certificación del nacido vivo y defunción deberá estar debidamente capacitado en el llenado, desglose y codificación de los formularios.

Asimismo, el personal de salud es responsable de sensibilizar al declarante o usuario con la finalidad de garantizar el derecho al nombre e identidad del recién nacido, así como la inscripción de la defunción, según corresponda, conforme a las disposiciones del Código de los Niños y Adolescentes, la Ley General de Salud y la Ley de Cementerios y Servicios Funerarios.

Cuando el hecho vital ocurre en un establecimiento de salud público o privado, la certificación debe efectuarse por el personal de salud que haya atendido en forma directa la ocurrencia del hecho vital.

Cuando el hecho vital ocurre en el domicilio u otro lugar distinto (campo, chacra, calle, medio de transporte, etc.), la certificación debe efectuarse por el personal de salud (médico u otro profesional de salud) que constata el hecho vital.

La responsabilidad por las consecuencias de los errores u omisiones que se hayan cometido será asumida por el personal de salud que haya llenado los formularios, salvo prueba en contrario.

El personal de salud (médico/a, obstetra, enfermero/a u otro personal de salud) a cargo del registro deberá llenar todo el formulario con letra imprenta, colocando su firma y sello en ambas secciones del formulario.

En los lugares donde no exista médico u otro personal de salud, se aplicarán las normas legales que correspondan.

**VII. RESPONSABILIDADES**

**7.1 DEL NIVEL NACIONAL**

El Ministerio de Salud a través de la Oficina General de Estadística e Informática es responsable de la difusión de la presente Directiva Administrativa hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica y supervisión de su aplicación.

**7.2 DEL NIVEL REGIONAL**

Las Direcciones de Salud de Lima, las Direcciones Regionales de Salud y las Gerencias Regionales de Salud, en su ámbito geográfico, son responsables de la difusión e implementación de la presente Directiva Administrativa, así como de brindar asistencia técnica y supervisar su aplicación.

**7.3 DEL NIVEL LOCAL**

Los Directores o Jefes de Establecimientos de Salud, públicos y privados, a nivel nacional, son responsables de cumplir y hacer cumplir lo establecido en la presente Directiva Administrativa.

**VIII. DISPOSICIÓN FINAL**

El incumplimiento de las disposiciones establecidas por la presente Directiva Administrativa, será sancionado en sede administrativa conforme al régimen disciplinario al que se encuentren sujetos los responsables, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiera existir.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 166-MINSA/OGEI-V.01

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL FLUJO Y CALIDAD DE LOS  
FORMULARIOS DE HECHOS VITALES DEL NACIDO VIVO Y DE DEFUNCIÓN**

**IX. ANEXOS**

Anexo N° 1: Flujo de procedimientos para la certificación del nacido vivo

Anexo N° 2: Flujo de procedimientos para la certificación de defunciones

Anexo N° 3: Formato de Nacimiento

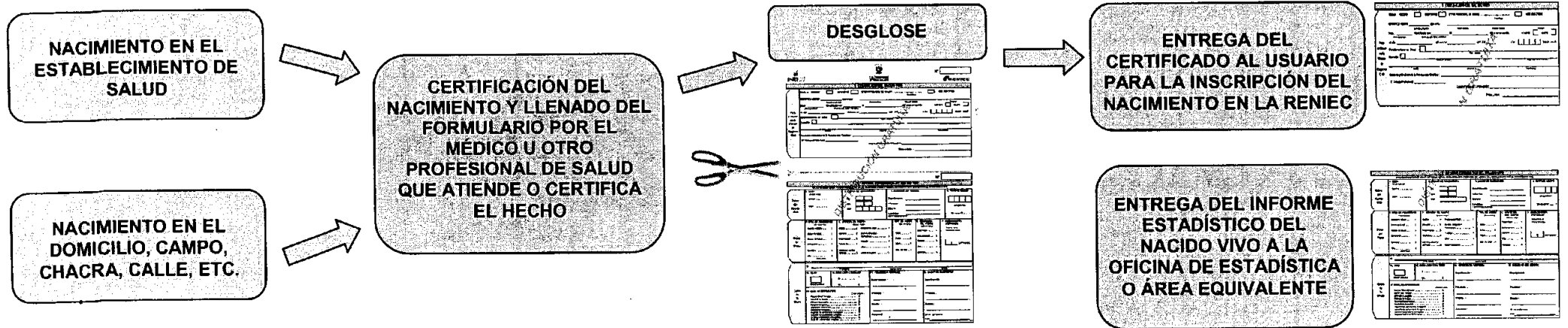
Anexo N° 4: Formato de Defunción



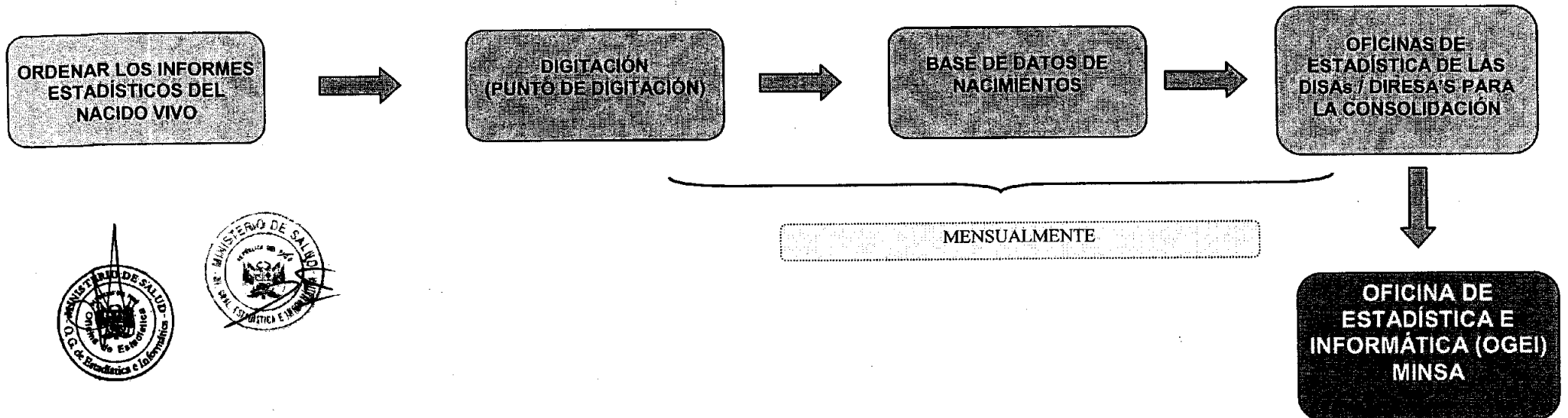
Anexo N° 1

Flujo de procedimientos para la certificación del nacido vivo

EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

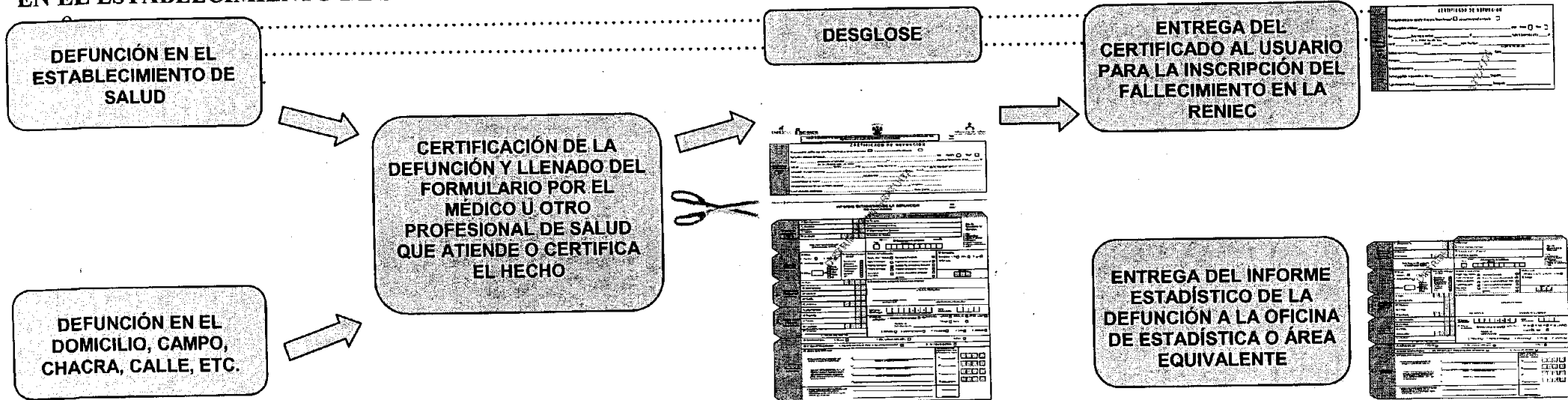


EN LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O ÁREA EQUIVALENTE

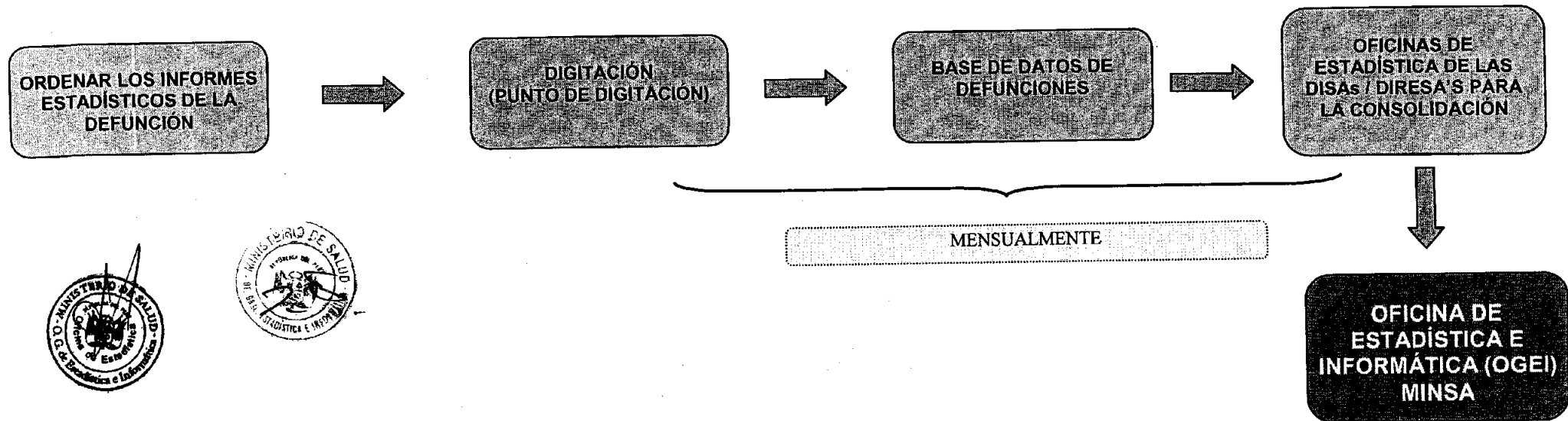


**Flujo de procedimientos para la certificación de defunciones**

**EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**



**EN LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O ÁREA EQUIVALENTE**



CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE REGISTRO DE ESTADO CIVIL DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL FALLECIMIENTO

Nro. serie:

### CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

El que suscribe certifica que: atendió al difunto en su última enfermedad  o únicamente constató la defunción

Nombres y apellidos del fallecido \_\_\_\_\_ sexo: Hombre  Mujer

Edad: \_\_\_\_\_ Documento de identidad: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento: el día \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas, Ocurrido en: \_\_\_\_\_ Jr. / Calle / Av. / Pjs. / Mza. / Otro

Localidad (Urb./AA.HH./PP./JJ./Caserio/Otro) \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

Provincia de \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

La causa básica de muerte: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del que certifica la defunción \_\_\_\_\_ Colegiatura \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de certificación \_\_\_\_\_ Firma y sello \_\_\_\_\_

Corte aquí →

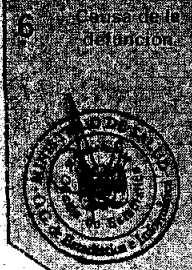
### INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN

(Solo para uso estadístico)

Nro. serie:

11 Departamento:	21 Nombres:	Tipo de Documento de Identidad: 1 = DNI 2 = Libreta Militar 3 = Carné FF.AA./PNP 4 = Pasaporte 5 = Carné Extranjera 6 = Partida de Nacimiento 7 = Otro
12 Provincia:	22 Primer Apellido (Paterno):	
13 Distrito:	23 Segundo Apellido (Materno):	
14 Localidad:	24 Apellido(s) Usada(s):	
Solo Para ser llenado por el Codificador MINSa		25 Documento de Identidad Tipo: _____ Número: _____
31 Sexo: 1 Hombre <input type="checkbox"/> 2 Mujer <input type="checkbox"/> 3 Indeterminado <input type="checkbox"/>	33 Estado conyugal: Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Ign. <input type="checkbox"/>	34 Nivel de Instrucción: Ningún nivel / iletrado <input type="checkbox"/> Secundaria Completa <input type="checkbox"/> Inicial / Pre-escolar <input type="checkbox"/> Superior No universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Superior No universitaria Completa <input type="checkbox"/> Primaria Completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Superior universitaria Completa <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
32 Edad: _____ Años _____ Meses _____ Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	35 Ocupación: Trabajaba: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Ign. <input type="checkbox"/>	36 En que: Especifique _____
41 País:	46 Dirección de la residencia habitual del fallecido: _____ Jr./Calle/Av./Pjs./Mza./Otro	
42 Departamento:	47 Nro./Interior/Lote _____ Urb./AA.HH./PP./JJ./Caserio/Otro _____	
43 Provincia:	48 Fecha: _____ Hora: _____ (dd/mm/aaaa) (de 0 a 24 hrs)	
44 Distrito:	57 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud <input type="checkbox"/> Institución: MINSa <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> FF.AA. y PNP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Nombre del Establecimiento: _____ 2. Domicilio <input type="checkbox"/> 3. Centro de trabajo <input type="checkbox"/> 4. Vía pública <input type="checkbox"/> 5. Otro <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/>	
45 Localidad:	61 Certificado por: 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Otro profesional de salud <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="checkbox"/>	
51 Departamento:	62 El que certifica declara: 1. Habiendo atendido al difunto en su última enfermedad <input type="checkbox"/> 2. Sin haberlo atendido <input type="checkbox"/>	
52 Provincia:	63 Causa de la defunción	
53 Distrito:	I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a) _____ Debido a { o como consecuencia de } _____ a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ CAUSAS ANTECEDENTES: (b, c y d) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo	
54 Localidad:	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
55 Dirección Jr. / Calle / Av. / Pjs. / Mza. / Otro	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____	

DISTRIBUCION GRATUITA



## DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO

Nombres y Apellidos del fallecido \_\_\_\_\_ de sexo \_\_\_\_\_

Tipo de Doc. Ident. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
 de \_\_\_\_\_ de edad, fallecido el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas

▶ Nombres y Apellidos del Padre: \_\_\_\_\_

▶ Nombres y Apellidos de la Madre: \_\_\_\_\_

▶ Nombres y Apellidos del(a) Cónyuge: \_\_\_\_\_

▶ Nombres y Apellidos del Declarante: \_\_\_\_\_

Domicilio del declarante: \_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_ Firma del declarante: \_\_\_\_\_

Corte aquí →

64 En caso de muerte violenta o Causa Externa especificar la causa:  
 1. Suicidio  2. Homicidio  3. Accidente de tránsito o transporte  4. Accidente de trabajo  5. Otro accidente  9. Ignorado

65 Se realizó autopsia al fallecido:  
 1. Sí  2. No

71 La persona que llena estos datos es:  
 Médico  Otro profesional de salud  Otro

72 Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

73 DNI: \_\_\_\_\_

74 Profesión: \_\_\_\_\_

75 N° de Colegio profesional: \_\_\_\_\_

76 Dirección: \_\_\_\_\_

77 Distrito: \_\_\_\_\_

78 Firma y Sello: \_\_\_\_\_

Jr. / Calle / Av. / Paj. / Mza. / Otro

81 Durante:

1. Embarazo

2. Parto

3. En el Puerperio (hasta 42 días)

4. Defunción materna Tardía (43 días - 364 días)

9. Ignorado

82 Edad gestacional (22 semanas y más)

En semanas

9. Ignorado

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- El informe estadístico debe ser remitido a través del Registro civil al Establecimiento de Salud más cercano ó el Establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil más cercano.
- El Responsable de la Certificación de la defunción deberá llenar todas las variables contenidas en el presente formulario con letra clara o imprenta
- En caso de Muerte Violenta, Sospechosa o por Causa Externa, el Médico Legista ó el médico que designe la autoridad competente también deberá llenar el presente formulario.
- Si la fallecida estuvo embarazada o en estado de puerperio deberá llenarse además la sección 7.
- Está terminantemente prohibido que el Médico u Otro Profesional de Salud certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo su dependencia.
- En caso de desconocerse el sexo o la edad solicitado en el presente formulario el responsable de la certificación deberá hacer todo el esfuerzo necesario para conjeturarlos o estimarlos.
- **PARO CARDIACO NO ES UNA CAUSA BÁSICA DE MUERTE, SOLO ES UN MODO DE MORIR.**



**I. CERTIFICADO DEL NACIDO VIVO**

Para archivar en la Oficina de Registro Civil

El (la): MEDICO  OBSTETRIZ  OTRO PERSONAL DE SALUD  QUE SUSCRIBE (Especifique)

CERTIFICA HABER: \_\_\_\_\_ que doña: \_\_\_\_\_ (atendido o constatado) Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

Edad: \_\_\_\_\_ Identificada con \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, dió a luz un nacido HOMBRE  MUJER  (Años cumplidos) (DNI, L.E., L.M., C.Ext., Part. Nac.)

el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 20<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas, en el

Establecimiento de Salud  \_\_\_\_\_ (tipo / nombre)

Domicilio  \_\_\_\_\_ (Calle, Jr. Av., etc.) Localidad / Centro Poblado

Distrito Provincia Departamento

Nombres y Apellidos de la Persona que Certifica: \_\_\_\_\_

N° Colegio Profesional: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha de Certificación: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

DISTRIBUCION GRATUITA

✂ corte aquí

**II. INFORME ESTADISTICO DEL NACIDO VIVO**

EN LOS LUGARES DONDE NO HAY PERSONAL DE SALUD, EL INFORME ESTADISTICO DEL NACIDO VIVO SERA LLENADO POR EL REGISTRADOR CIVIL

<b>Datos del Nacido Vivo</b>	<b>1. SEXO</b> (Circule el código) Hombre ..... 1 Mujer ..... 2	<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> DÍA: <input type="text"/> <input type="text"/> MES: <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>3. LUGAR DE NACIMIENTO</b> Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____ (Centro Poblado/Comunidad)	<b>4. PESO AL NACER</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (en gramos) No se pesó ..... 1	
	<b>Datos del Parto</b>	<b>5. SITIO DE OCURRENCIA</b> (Circule el código) Hospital o Clínica ..... 1 Centro de Salud ..... 2 Puesto de Salud ..... 3 Consultorio ..... 4 Domicilio ..... 5 Otro ..... 6 (Especifique)	<b>6. ATENDIO EL PARTO</b> (Circule el código) Médico ..... 1    Promotor de Salud ..... 6 Obstetrix ..... 2    Partera Empírica / Comadrona ..... 7 Enfermera(o) ..... 3    Familiar ..... 8 Interno (a) ..... 4    Otro ..... 9 Técnico o Auxiliar de Salud ..... 5    Nadie (Autoayuda) ..... #	<b>7. TIPO DE PARTO</b> (Circule el código) Único ..... 1 Doble ..... 2 Triple ..... 3 Más de Tres ..... 4	<b>8. CONDICION DEL PARTO</b> (Circule el código) Espontáneo ..... 1 Instrumentado ..... 2 Cesárea ..... 3 Otro ..... 4 Ignorado ..... 5

<b>Datos de la Madre</b>	10. _____ Primer Apellido Segundo Apellido Nombres		<b>14. RESIDENCIA HABITUAL</b> Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____	<b>15. LUGAR DE NACIMIENTO</b> Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Si es extranjera: _____ País: _____
	<b>11. EDAD</b> <input type="text"/> Años Cumplidos	<b>12. SABE LEER Y ESCRIBIR</b> SI ..... 1 NO ..... 2		
	<b>13. NIVEL DE INSTRUCCION</b> (Circule el Código) Ningún Nivel / Iltrado ..... 0 Inicial / Pre-Escolar ..... 1 Primaria Incompleta ..... 2 Primaria Completa ..... 3 Secundaria Incompleta ..... 4 Secundaria Completa ..... 5 Superior No universitaria Incompleta ..... 6 Superior No universitaria Completa ..... 7 Superior Universitaria Incompleta ..... 8 Superior Universitaria Completa ..... 9			



<b>Huellas de Identificación</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Indice derecho de la Madre</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Huella palmatóscopica del recién nacido</p>
----------------------------------	--	---

### DECLARACION JURADA DE REGISTRO

<b>Para ser anotada por el Declarante</b>	1. <b>Nacido Vivo :</b> _____			
		Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
	2. <b>Madre :</b>	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
	3. <b>Padre :</b>	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
	4. <b>Declarante :</b>	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Domicilio : _____	Relación con el Nacido Vivo : _____		
	Firma del Declarante _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Indice derecho del Declarante</p>		

corte aquí >

<b>Datos de la Madre</b>	<b>16. OCUPACION</b> (Profesora, Chofer, Cosmetóloga, Empleada del Hogar, Ama de Casa, Estudiante, etc.)  _____ (Ocupación)  Ignorado ..... 1	<b>17. ESTADO CONYUGAL/MARITAL</b> <i>(Circule el Código)</i>  Conviviente..... 1 Casada ..... 2 Divorciada..... 3 Separada..... 4 Soltera..... 5 Viuda..... 6 Ignorado..... 7	<b>18. EMBARAZOS E HIJOS</b>  Número de Hijos Actualmente Vivos (incluido el recién nacido) ..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Número de Hijos Nacidos Vivos que Fallecieron ..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Número de Abortos y de Nacidos Muertos ..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Total de Embarazos ..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
--------------------------	--	---	--

<b>Persona que Atendió el Parto</b>	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombres _____
	Lugar de Atención: _____		Distrito: _____
	(Calle, Jr. Av., etc.)		

<b>Datos de la Inscripción (Para ser anotado por el Registrador Civil)</b>	<b>UBICACION DE LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL</b>		
	Departamento _____	Provincia _____	
	Distrito _____	Centro Poblado Menor / Comunidad Nativa _____	
	<b>DATOS DEL INSCRITO</b>		
	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombres _____
Libro N° _____	Acta N° _____	Fecha de Inscripción : <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
		DIA                      MES                      AÑO	
<b>DECLARANTE:</b> Padre <input type="checkbox"/> <b>1</b> Madre <input type="checkbox"/> <b>2</b> Ambos <input type="checkbox"/> <b>3</b> Otro <input type="checkbox"/> <b>4</b>			

**INSTRUCCIONES 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" (anverso), Declaración Jurada de Registro (reverso) y el "Informe Estadístico del Nacido Vivo".
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 de salud), que atiende o constata el nacimiento llenará el formato en su integridad, es decir, el certificado y el informe estadístico del nacido vivo, dejando en blanco las secciones "Datos de la Inscripción y Declaración Jurada de Registro".
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.

Si no existe personal de salud para la atención o constatación del nacimiento, el Registrador Civil debe llenar la parte inferior del formato (Informe Estadístico del Nacido Vivo). Luego desglosará el formulario y archivará el Certificado del Nacido Vivo en la Oficina de Registro Civil. El personal de salud remitirá el Informe Estadístico del Nacido Vivo al establecimiento de salud más cercano.

Si el personal de salud sólo llenará la "Declaración Jurada de Registro" (reverso del certificado). Es la única parte en la cual el Declarante anota los datos personales y la firma

