

I. CERTIFICADO DEL NACIDO VIVO

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 200__ 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 : _____

--- corte aqui --- N°

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

| | | | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|--|---|--|---|
| Datos del Nacido Vivo | 1. SEXO (Circule el código) Hombre 1 mujer 2 | 2. FECHA DE NACIMIENTO (Circule el código) DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 3. LUGAR DE NACIMIENTO Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ (Centro Poblado/Comunidad) | 4. PESO AL NACER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (en gramos) No se pesó 1 | | | |
| Datos del Parto | 5. SITIO DE OCURRENCIA (Circule el código) Hospital o Clínica 1 Centro de Salud 2 Puesto de Salud 3 Consultorio 4 Domicilio 5 Otro 6 (Especifique) | 6. ATENDIO EL PARTO (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) 10 | 7. TIPO DE PARTO (Circule el código) Unico 1 Doble 2 Triple 3 Más de Tres 4 | 8. CONDICION DEL PARTO (Circule el código) Espontáneo 1 Instrumentado 2 Cesárea 3 Otro 4 Ignorado 5 | 9. DURACION DEL EMBARAZO (Anoté número de semanas completas) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (semanas) | | |
| Datos de la Madre | 10. _____ Primer Apellido Segundo Apellido Nombres | | 11. EDAD <input type="text"/> Años Cumplidos | 12. SABE LEER Y ESCRIBIR SI 1 NO 2 | 13. NIVEL DE INSTRUCCION (Circule el Código) Ningún Nivel / iletrado 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 | 14. RESIDENCIA HABITUAL Departamento : _____ Provincia : _____ Distrito : _____ Localidad : _____ | 15. LUGAR DE NACIMIENTO Departamento : _____ Provincia : _____ Distrito : _____ Si es extranjera : _____ País : _____ |

