



*Formulario del
Nacido Vivo*

I. CERTIFICADO DEL NACIDO VIVO

Para archivar en la Oficina de Registro Civil	El (la) : MEDICO <input type="checkbox"/> OBSTETRIZ <input type="checkbox"/> OTRO PERSONAL DE SALUD <input type="checkbox"/> QUE SUSCRIBE <small>(Especifique)</small>		
	CERTIFICA HABER : que doña <small>(atendido o constatado)</small>		
	Edad : <small>(Años cumplidos)</small>	Identificada con <small>(DNI, L.E., L.M., C.Ext., Part. Nac.)</small>	N° dió a luz un naci HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
	el día del mes de del 201... a las horas, en el		
	Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/> <small>(tipo / nombre)</small>		
	Domicilio <input type="checkbox"/> <small>(Calle, Jr. Av., etc.)</small>		
	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 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

Datos del Nacido vivo	1. SEXO <small>(Circule el código)</small> Hombre 1 Mujer 2	2. FECHA DE NACIMIENTO 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 <small>(Centro Poblado/Comunidad)</small>	4. PESO AL NACER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(en gramos)</small> No se pesó 1	
	Datos del Parto	5. SITIO DE OCURRENCIA <small>(Circule el código)</small> Hospital o Clínica 1 Centro de Salud 2 Puesto de Salud 3 Consultorio 4 Domicilio 5 Otro 6 <small>(Especifique)</small>	6. ATENDIO EL PARTO <small>(Circule el código)</small> 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 (Autosayuda) #	7. TIPO DE PARTO <small>(Circule el código)</small> Unico 1 Doble 2 Triple 3 Más de Tres 4	8. CONDICION DEL PARTO <small>(Circule el código)</small> Espontáneo 1 Instrumentado 2 Cesárea 3 Otro 4 Ignorado 5

Datos de la Madre	10. _____ <small>Primer Apellido</small>		_____ <small>Segundo Apellido</small>		_____ <small>Nombres</small>	
	11. EDAD <input type="text"/> <small>Años Cumplidos</small>	12. SABE LEER Y ESCRIBIR SI 1 NO 2	14. RESIDENCIA HABITUAL Departamento : _____ Provincia : _____ Distrito : _____ Localidad : _____		15. LUGAR DE NACIMIENTO Departamento : _____ Provincia : _____ Distrito : _____ Si es extranjera : _____ País : _____	
	13. NIVEL DE INSTRUCCION <small>(Circule el Código)</small> 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					

DECLARACION JURADA DE REGISTRO	
Para ser anotado por el Declarante	1. Nacido Vivo : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Primer Apellido Segundo Apellido Nombres </div>
	2. Madre : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Primer Apellido Segundo Apellido Nombres N° Doc. de Identidad Natural de: Departamento </div>
	3. Padre : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Primer Apellido Segundo Apellido Nombres N° Doc. de Identidad Natural de: Departamento </div>
	4. Declarante : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Primer Apellido Segundo Apellido Nombres N° Doc. de Identidad Natural de: Departamento </div>
	Domicilio : _____ Relación con el Nacido Vivo : _____
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 10px;"></div> <div style="text-align: center;">Firma del Declarante _____</div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small; margin-top: 5px;"> Índice derecho de la Madre Índice derecho del Declarante </div>	

----- corte aquí > -----

Datos de la Madre	16. OCUPACION (Profesora, Chofer, Cosmetóloga, Empleada del Hogar, Ama de Casa, Estudiante, etc.) _____ (Ocupación) Ignorado 1	17. ESTADO CONYUGAL/MARITAL (Circule el Código) Conviviente..... 1 Casada 2 Divorciada..... 3 Separada..... 4 Soltera..... 5 Viuda..... 6 Ignorado..... 7	18. EMBARAZOS E HIJOS Número de Hijos Actualmente Vivos (incluido el recién nacido) <input type="text"/> <input type="text"/> Número de Hijos Nacidos Vivos que Fallecieron <input type="text"/> <input type="text"/> Número de Abortos y de Nacidos Muertos <input type="text"/> <input type="text"/> Total de Embarazos <input type="text"/> <input type="text"/>
	Persona que Atendió el Parto _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Primer Apellido Segundo Apellido Nombres </div> Lugar de Atención: _____ Distrito: _____ <div style="display: flex; justify-content: center; font-size: x-small;"> (Calle, Jr. Av., etc.) </div>		
Datos de la Inscripción (Para ser anotado por el Registrador)	UBICACION DE LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Centro Poblado Menor / Comunidad Nativa _____		
	DEL INSCRITO Nombres y Apellidos _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Primer Apellido Segundo Apellido Nombres </div> Libro N° _____ Acta N° _____ Fecha de Inscripción : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: center; font-size: x-small;"> DIA MES AÑO </div> DECLARANTE: Padre <input type="checkbox"/> 1 Madre <input type="checkbox"/> 2 Ambos <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 4		

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.
7. Cuando en el lugar de ocurrencia 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), en ningún caso llenará la parte superior "Certificado del Nacido Vivo".
8. Inscrito el nacimiento, el Registrador Civil debe llenar la sección "Datos de la Inscripción". Luego desglosará el formulario y archivará el Certificado del Nacido Vivo en la Oficina de Registro Civil y remitirá el Informe Estadístico del Nacido Vivo al establecimiento de salud más cercano.
9. El Declarante 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 correspondiente.