

CLASIFICACIÓN PAPIOSCÓPICA

M

P

REGISTRO CIVIL:		REGISTRADA BAJO ACTA N°	TOMO	FOLIO
CERTIFICO QUE A: (Nombre y apellido de la madre)				
DOMICILIADA EN: Provincia Localidad Calle y N°				
Se le extrajo ☐ expulsó ☐ un feto de sexo masculino ☐ femenino ☐ de relación matrimonial ☐ extramatrimonial ☐				
De meses de gestación, el día mes año a horas a causa de:				
Dejo constancia que los datos referidos los obtuvo por haber atendido ☐ comprobado ☐ el parto que se produjo en la localidad de:				
Calle y N° Lugar y fecha de certificación				
DATOS DEL PROFESIONAL	Nombre y Apellido:			Firma y sello del Profesional
	Domicilio: Localidad Calle y N°			
	Teléfono: Matrícula Profesional N°:			

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de la DEFUNCIÓN FETAL

CLASIFICACIÓN PAPIOSCÓPICA

M

P

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL		900107	1 Fecha de inscripción Día Mes Año		
2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 Tomo	Folio	Acta

DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL (Sólo para fines estadísticos)

5 A raíz de esta defunción estuvo internada la madre en...

Establecimiento de salud público

1

Establecimiento privado, obra social, etc.

2

No estuvo internada

3

Nombre del establecimiento:

No usar

6 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN FETAL

a) Enfermedad o afección principal del feto

b) Otras enfermedades o afecciones del feto

c) Enfermedad o afección principal de la madre que afecta al feto

d) Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto

e) Otras circunstancias pertinentes

7 ¿El feto presentaba señales de maceración?
Sí 1 No 2

8 El sexo del feto era...
Masculino 1
Femenino 2
Indeterminado 3

9 ¿Cuál fue la fecha de expulsión o extracción del feto?
Día Mes Año

10 ¿Cuál fue su peso?
gramos

11 La defunción provino de un embarazo...
Simple 1 → ir a pregunta siguiente
Múltiple 2 → el que produjo

niños vivos, y defunciones fetales

12 ¿Cuántas semanas completas duró la gestión?
semanas completas

13 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa a este embarazo?
Día Mes Año

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17.622)

Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN FETAL QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

MADRE

14 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)	• años		15 ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la made?	Día	Mes	Año
16 Contando hasta este, inclusive ¿cuántos embarazos tuvo la madre?	• embarazos		17 Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo?		¿Y cuántas defunciones fetales?	
18 ¿Dónde vive habitualmente?						
Calle y N°/Ruta y km:.....						
Localidad/Paraje:.....			Dpto o Partido:.....		País	
Provincia (o país para extranjeros):.....						
19 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)						
• Nunca asistió 01						
• S.E. No reformado						
Incompleto		Completo		• S.E. Reformado		
– Primario		02	03	– Ciclo EGB (1º y 2º)		11 12
– Secundario		04	05	– Ciclo EGB 3º		13 14
• Superior o Universitario		06	07	– Polimodal		15 16
20 Pertenece o está asociada a:						
• Obra social 1 • Plan de salud privado o mutual 2 • Plan o Seguro público 3 • Más de uno 4 • Ninguno 5						
21 ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)						
Sí 1 → Responder preg. 22, 23, 24 y 25 con los datos del padre exclusivamente						
No 2 → Pasar a preg. 24 y 25 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente						

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN FETAL QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

PADRE

22 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)						
• Nunca asistió 01						
• S.E. No reformado						
Incompleto		Completo		• S.E. Reformado		
– Primario		02	03	– Ciclo EGB (1º y 2º)		11 12
– Secundario		04	05	– Ciclo EGB 3º		13 14
• Superior o Universitario		06	07	– Polimodal		15 16
23 Pertenece o está asociada a:						
• Obra social 1 • Plan de salud privado o mutual 2 • Plan o Seguro público 3 • Más de uno 4 • Ninguno 5						

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN FETAL QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

PADRE/MADRE

24 ¿Cuál es su situación laboral?	25 ¿Cuál es su ocupación habitual?
• Trabaja o está de licencia 1	
• No trabaja	
Busca trabajo 2	
No busca trabajo 3	

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1	Apellido y nombre: Matrícula Profesional N°	Firma
Otro 2	Domicilio Profesional: Calle: N°	Sello
	Localidad: Teléfono:	