

CLASIFICACIÓN PAPIOSCÓPICA	REGISTRO CIVIL:		REGISTRADO BAJO ACTA N°	TOMO:	FOLIO:	
	Certifico que:		De sexo masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Nació con vida	
	El día	Mes	Año	a horas	en	(Hospital - Sanatorio o Calle N° y Localidad)
	Hijo de:		Nombre y apellido de la madre		Doc. de Identidad N°	
	y de		Nombre y apellido del padre		Doc. de Identidad N°	
	Domicilio en Provincia		Departamento		Localidad	
DATOS DEL PROFESIONAL	Nombre y Apellido :			Firma y sello del profesional		
	Domicilio: Localidad		Calle			N°
	Teléfono :		N° de matrícula			

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de NACIDO VIVO

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

CLASIFICACIÓN PAPIOSCÓPICA	DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL		900104	1 Fecha de inscripción	Día	Mes	Año
	2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil		4 Tomo	Folio	Acta	

DATOS DEL NACIDO

CLASIFICACIÓN PAPIOSCÓPICA	Apellido/s		Nombre/s				
	5 Fecha de nacimiento...		6 Sexo		7 ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?		
	Día	Mes	Año	Masculino 1	Femenino 2	Indeterminado 3	gramos
	8 Nació de un embarazo ...		9 ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?		10 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?		
	• Simple 1 → ir a pregunta siguiente		• semanas completas		Día Mes Año		
	• Multiple 2 → el que produjo [] niños vivos y defunciones fetales						
11 El parto fue atendido por...							
Médico/a 1		Enfermero/a 3		Comadre 5		Sin atención 7	
Partero/a 2		Otro agente sanitario 4		Otros 6			
12 Ocurrió en...				Nombre del establecimiento:			
• Establecimiento de salud publica 1				No usar			
• Establecimiento privado, obra social, etc. 2							
• Vivienda (domicilio / particular) 3							
• Otro lugar (vía publica, transportes, etc) 4							
13 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km							
Localidad/Paraje		Departamento o Partido:		Provincia:			
No usar		No usar		No usar			

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

MADRE	14 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)		15 ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la madre?		
	• años		Día	Mes	Año
	16 Contando hasta el de este niño, inclusive, ¿cuántos embarazos tuvo la madre?		17 Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo?		¿Y cuántas defunciones fetales?
	• embarazos				
	18 ¿Dónde vive habitualmente? Calle y N°/Ruta y km				
	Localidad/Paraje		Departamento o Partido:		Provincia (o país para extranjeros):
No usar		No usar		No usar	
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 <input type="checkbox"/> • S.E. No reformado Incompleto Completo - Primario 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> - Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> • Superior o Universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> • S.E Reformado Incompleto Completo - Ciclo EGB (1° Y 2°) 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> - Ciclo EGB 3° 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> - Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/>					
20 Pertenece o está asociada a:					
• Obra social 1 <input type="checkbox"/> • Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> • Plan o Seguro público 3 <input type="checkbox"/> • Más de uno 4 <input type="checkbox"/> • Ninguno 5 <input type="checkbox"/>					
21 ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)					
SÍ 1 <input type="checkbox"/> → Responder preg. 22, 23, 24 y 25 con los datos del padre exclusivamente					
NO 2 <input type="checkbox"/> → Pasar a preg. 24 y 25 y responderlas con las datos de la madre exclusivamente					

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DEL NACIMIENTO 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 <input type="checkbox"/>				• S.E. Reformado	
	• S.E. No reformado		Incompleto	Completo	Incompleto	Completo
	- Primario 02 <input type="checkbox"/>		- Secundario 03 <input type="checkbox"/>		- Ciclo EGB (1° y 2°) 11 <input type="checkbox"/>	
	- Secundario 04 <input type="checkbox"/>		- Superior o Universitario 05 <input type="checkbox"/>		- Ciclo EGB 3° 13 <input type="checkbox"/>	
	- Superior o Universitario 06 <input type="checkbox"/>				- Polimodal 15 <input type="checkbox"/>	
					- Polimodal 16 <input type="checkbox"/>	
23 Pertenece o esta asociada a:						
• Obra social 1 <input type="checkbox"/> • Plan de salud privado mutual 2 <input type="checkbox"/> • Plan o Seguro público 3 <input type="checkbox"/> • Más de uno 4 <input type="checkbox"/> • Ninguno 5 <input type="checkbox"/>						

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

PADRE/MADRE	24 ¿Cuál es su situación laboral?		25 ¿Cuál es su ocupación habitual?	
	• Trabaja o está de licencia 1 <input type="checkbox"/>		
	• No trabaja 2 <input type="checkbox"/>		No usar	
[Busca trabajo 3 <input type="checkbox"/> [No busca trabajo				

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico	1 <input type="checkbox"/>	Apellido y nombre	Matricula Profesional N°.....	Firma
Otro	2 <input type="checkbox"/>	Domicilio Profesional: Calle	N°	Sello
		Localidad	Teléfono	