

Antes de llenar, debe leer las instrucciones del reverso y luego llénar utilizando letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.

DATOS DE LA MADRE

1. Pasaporte No.: \_\_\_\_\_ 2. Cédula No.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Otro Documento: \_\_\_\_\_ No Tiene ☐  
3. Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ (Especifique) Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
4. Nacionalidad de la Madre: \_\_\_\_\_ 5. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5.1 Edad de la Madre: \_\_\_\_/\_\_\_\_ años  
6. ¿Cuál es el estado conyugal de la madre?: (Marque con X una sola respuesta) ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Unión Libre ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Viuda ☐ Se ignora  
7. Dirección de la Residencia Habitual de la Madre:  
7.1. Provincia: \_\_\_\_\_ 7.2. Municipio: \_\_\_\_\_ 7.3. Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
7.4. Sección: \_\_\_\_\_ 7.5. Barrio o Paraje: \_\_\_\_\_  
7.6. Calle y Número: \_\_\_\_\_ 7.7. Teléfono: \_\_\_\_\_  
8. Nivel de escolaridad de la madre: (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta)  
1. ☐ Ninguno 2. ☐ Primario (1-3 curso) 3. ☐ Primario (4-7 curso) 4. ☐ Primaria completa (terminó el 8 curso)  
5. ☐ Secundario incompleto (1° a 3° bachillerato) 6. ☐ Secundario completo (bachiller) 7. ☐ Estudios universitarios 9. ☐ Se ignora  
9. ¿Cuál es la ocupación habitual de la madre?: especifique: \_\_\_\_\_ ☐ Se ignora

DATOS DEL PADRE

10. Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
11. Nacionalidad del Padre: \_\_\_\_\_ 12. Edad del Padre: \_\_\_\_/\_\_\_\_ años  
13. Pasaporte No.: \_\_\_\_\_ 14. Cédula No.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
15. Otro Documento: \_\_\_\_\_ No Tiene ☐  
16. Dirección de la Residencia Habitual del Padre: (Especifique)  
16.1. Provincia: \_\_\_\_\_ 16.2. Municipio: \_\_\_\_\_ 16.3. Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
16.4. Sección: \_\_\_\_\_ 16.5. Barrio o Paraje: \_\_\_\_\_  
16.6. Calle y Número: \_\_\_\_\_ 16.7. Teléfono: \_\_\_\_\_

DATOS DEL NACIMIENTO

17. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 18. Hora de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ A.M. ☐ P.M.  
Día Mes Año Horas Minutos  
19. Tipo de Parto 1. ☐ Cesárea 2. ☐ Vaginal 20. Tipo de Producto: 1. ☐ Único 2. ☐ Múltiple  
21. ¿Cuántos chequeos prenatales tuvo éste embarazo? \_\_\_\_\_ 21.1 ¿En qué mes del embarazo tuvo el primer chequeo? Indique el mes \_\_\_\_\_  
21.2 Si es Múltiple: 1. ☐ Primer Gemelo 2. ☐ Segundo Gemelo 3. ☐ Otro, Especifique: \_\_\_\_\_  
22. Sexo: 1. ☐ Masculino 2. ☐ Femenino 23. Riesgo Neonatal 1. ☐ Bajo 2. ☐ Mediano 3. ☐ Alto 4. ☐ No Evaluado  
24. Medidas del recién nacido:  
24.1. Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ (gramos) 24.2. Talla al Nacer: \_\_\_\_\_ (centímetros) 24.3. Perímetro Cefálico: \_\_\_\_\_ (centímetros)  
25. Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ (semanas) 26. Parto Atendido por: 1. ☐ Médico General 2. ☐ Médico Obstetra 3. ☐ Enfermera  
4. ☐ Comadrona 5. ☐ Otro: \_\_\_\_\_ (Especifique)  
27. Nombre(s) y Apellido(s) de la Persona que Atendió el Parto: \_\_\_\_\_  
28. Cédula de la persona que atendió el parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
29. Lugar donde ocurrió el parto: 1. ☐ Centro de Salud Pública 2. ☐ Centro de Salud Privado 3. ☐ Vivienda  
4. ☐ Otro \_\_\_\_\_ (Especifique) Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
30. Domicilio del establecimiento de salud que atendió el parto:  
30.1. Provincia: \_\_\_\_\_ 30.2. Municipio: \_\_\_\_\_ 30.3. Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
30.4. Sección: \_\_\_\_\_ 30.5. Barrio o Paraje: \_\_\_\_\_  
30.6. Calle y Número: \_\_\_\_\_ 30.7. Teléfono: \_\_\_\_\_

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. Nombre(s) y Apellido(s) del Certificante: \_\_\_\_\_  
32. Cédula de Identidad del Certificante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
33. Firma: \_\_\_\_\_ 34. Huellas Dactilares de la Madre  
35. Fecha de la Certificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

SELLAR AQUI

Firma de la Madre

Firma del Padre (Si está presente)

(Pulgar Izq.)

(Pulgar Der.)

Formato Actualizado DES 7/2015se

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS

## NORMATIVA DEL LLENADO DE LA CONSTANCIA DEL HIJO (A) NACIDO VIVO DE MADRE EXTRANJERA

1.- El Estado Dominicano se encuentra en el deber de garantizar a todo niño(a) nacido en el territorio nacional, el derecho al registro y a un nombre, inmediatamente después del nacimiento, así como de facilitar el trámite legal para la obtención de la nacionalidad a la que tiene derecho a través de la representación diplomática correspondiente, si no le corresponde la dominicana, según lo establece el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y en la Convención Sobre los Derechos del Niño.

2.- Los médicos de todo centro de salud público o privado que hayan intervenido o asistido a un parto, de una madre extranjera, estarán obligados a llenar, la presente constancia de nacimiento, a máquina o con bolígrafo de tinta azul, en letras legibles deberán además firmarla y estamparle el sello del centro de salud correspondiente.

3.- Cuando el parto haya sido realizado por una partera, para el registro del nacimiento será necesario notificar a la prestadora de servicio de salud más cercano, para lo que el médico responsable de la unidad deberá llenar el certificado de nacimiento e instruir a la madre para su registro oficial; en todo caso el médico hará constar la circunstancia en que recibe la información del hecho vital.

4.- La constancia será expedida a toda madre que declare su condición de extranjera o que la acredite mediante pasaporte u otro documento legal, válidamente emitido.

5.- El primer original de la constancia será entregada a los padres, el segundo, al centro de salud el cual lo remitirá al Ministerio de Salud Pública (MSP), el tercero será entregado a la Delegación de Oficialías del centro de salud correspondientes si la hubiere o al Oficial del Estado Civil de esa jurisdicción, y el cuarto será enviado a la embajada o sede consular del país de origen de la madre, por conducto del Ministerio de Estado de Relaciones Exteriores.

**6.- La expedición de esta Constancia de Hijo(a) Nacido Vivo de Madre Extranjera es GRATUITA.**

### Instrucciones del llenado

#### DATOS DE LA MADRE

**4.- Nacionalidad de la madre:** Si la madre es extranjera y nacionalizada en la República Dominicana se consignará la que la madre declare (Dominicana y la nacionalidad correspondiente al país de nacimiento de la misma).

**2.- Número de cédula de identidad:** Si la madre del nacido vivo es de nacionalidad extranjera se registrará el número de pasaporte en lugar de la cédula de identidad.

#### DATOS DEL NACIMIENTO

**18.** Si el producto es múltiple, marque con una "X" la opción correspondiente (gemelar 1, gemelar 2, otro gemelar).

**20.** Riesgo del nacido vivo al nacer: Se refiere a la condición o condiciones que ponen en peligro la vida del neonato tales como: asfixia, bajo peso al nacer (<2,500 gramos), prematuridad (<37 semanas).

<b>OFICIALIA CIVIL</b>	<i>SELLAR AQUI</i>
Número del Registro Civil: _____ Libro Número: _____ Acta Número: _____	
Fecha de Registro Civil: ____/____/____ Día Mes Año	
Lugar de Registro: _____ Localidad: _____	
Provincia: _____ Distrito Municipal: _____	
Municipio: _____ Teléfono: _____	
Observaciones:	

<b>MSP</b>	<i>SELLAR AQUI</i>
Dirección Provincial de Salud, (DPS): _____ Teléfono: _____	
Fecha de Recepción en la DPS: ____/____/____ Día Mes Año	
Revisado en la DPS por: _____	
Observaciones:	