

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

DATOS DE LA MADRE

1. Número de Cédula de Identidad: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_ No Tiene ☐
2. Primer Nombre: \_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_
- Apodo: \_\_\_\_ 3. No. de Historia Clínica: \_\_\_\_ 4. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4.1 Edad de la Madre: \_\_\_\_/\_\_\_\_ años
5. Nacionalidad de la Madre: 1. ☐ Dominicana ☐ 2. ☐ Otra Nacionalidad, especifique: \_\_\_\_ ☐
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. 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
8. Seguridad Social No.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6.1 ARS \_\_\_\_ No Tiene ☐
9. ¿Cuál es la ocupación habitual de la madre?: especifique: \_\_\_\_ ☐ Se ignora
10. Dirección de la residencia habitual de la madre:
- 10.1. Provincia: \_\_\_\_ ☐ 10.2 Municipio: \_\_\_\_ ☐ 10.3 Distrito Municipal: \_\_\_\_ ☐
- 10.4. Sección: \_\_\_\_ ☐ 10.5. Barrio o Paraje: \_\_\_\_ ☐
- 10.6. Calle y Número: \_\_\_\_ 10.7. Teléfono: \_\_\_\_

DATOS DEL NACIMIENTO

11. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 12. Hora de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ A.M. ☐ P.M.
13. Tipo de Parto 1. ☐ Cesárea 2. ☐ Vaginal 14. Tipo de Producto: 1. ☐ Único 2. ☐ Múltiple
15. ¿Cuántos chequeos prenatales tuvo éste embarazo? \_\_\_\_ 15.1 ¿En qué mes del embarazo tuvo el primer chequeo? Indique el mes \_\_\_\_
16. Si es Múltiple: 1. ☐ Primer Gemelo 2. ☐ Segundo Gemelo 3. ☐ Otro: \_\_\_\_ (Especifique)
17. Sexo: 1. ☐ Masculino 2. ☐ Femenino 18. Riesgo Neonatal 1. ☐ Bajo 2. ☐ Mediano 3. ☐ Alto 4. ☐ No Evaluado
19. Medidas del recién nacido:
- 19.1 Peso al Nacer: \_\_\_\_ (gramos) 19.2 Talla al Nacer: \_\_\_\_ (centímetros) 19.3 Perímetro Cefálico: \_\_\_\_ (centímetros)
20. Edad Gestacional: \_\_\_\_ (semanas) 21. Parto Atendido por: 1. ☐ Médico General 2. ☐ Médico Obstetra 3. ☐ Enfermera
4. ☐ Comadrona 5. ☐ Otro: \_\_\_\_
22. Nombre(s) y Apellido(s) de la Persona que Atendió el Parto: \_\_\_\_ (Especifique)
23. Cédula de la persona que atendió el parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_
24. Lugar donde ocurrió el parto: 1. ☐ Centro de Salud Pública 2. ☐ Centro de Salud Privado 3. ☐ Vivienda
4. ☐ Otro \_\_\_\_ (Especifique) Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_ ☐ Código
25. Domicilio del establecimiento de salud que atendió el parto:
- 25.1. Provincia: \_\_\_\_ ☐ 25.2. Municipio: \_\_\_\_ ☐ 25.3. Distrito Municipal: \_\_\_\_ ☐
- 25.4. Sección: \_\_\_\_ ☐ 25.5. Barrio o Paraje: \_\_\_\_ ☐
- 25.6. Calle y Número: \_\_\_\_ 25.7. Teléfono: \_\_\_\_

DATOS DEL CERTIFICANTE

26. Nombre(s) y Apellido(s) del Certificante: \_\_\_\_
27. Cédula de Identidad del Certificante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_
28. Firma: \_\_\_\_
29. Teléfono: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
30. Fecha de la Certificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SELLAR AQUI

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS

## NORMAS DE LA CERTIFICACIÓN DE NACIMIENTO

De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud **Nacimiento vivo**: es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.

- Todo niño nacido vivo debe ser inscrito y considerado como tal y si muere en cualquier momento posterior al nacimiento se deberá además llenar el certificado de defunción.
- El llenado del certificado de nacimiento es obligatorio, deberá realizarse inmediatamente ocurra un nacimiento.
- Todo prestador de servicios de salud que atendió un parto del cual se obtuvo un nacido vivo, deberá extender sin excepción el certificado de nacido vivo.
- Cuando el parto haya sido realizado por una partera, para el registro del nacimiento será necesario notificar a la prestadora de servicios de salud mas 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.
- La expedición y llenado del Certificado de Nacido Vivo son gratuitos, el mismo no tiene fuerza legal, solo sirve para propósitos de salud y para el registro en la Oficialía de Estado Civil.
- El certificado de nacido vivo se llena en original (blanco) y dos copias verdes y azul respectivamente. La original se le entrega a la madre al momento del egreso, la cual debe pasar a la delegación de la oficialía civil ubicada en el establecimiento. En los establecimientos donde no haya delegación de la oficialía civil la madre deberá dirigirse a registrar el nacimiento en la oficialía civil de la jurisdicción del establecimiento. La copia verde es remitida desde el establecimiento de salud a la Dirección Provincial o Municipal de salud correspondiente, y la copia azul se archiva en el establecimiento.
- El responsable de codificación del **establecimiento de salud** y la **Dirección Provincial de Salud (DPS)**, revisará y codificará los datos según las recomendaciones del manual de instrucciones para la gestión de la información de nacimiento establecido por el Ministerio de Salud Pública.

### Instrucciones del llenado

#### Datos de la madre:

**5. Nacionalidad de la madre:** Si la madre es extranjera y nacionalizada en la República Dominicana se admite ambas condiciones. (Dominicana y la nacionalidad correspondiente al país de nacimiento de la misma).

**1. 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

12.1 Si el producto es múltiple, marque con una X la opción correspondiente (gemelar1, gemelar2, otro gemelar).

**14. Riesgo de recién nacido al nacer:** Se refiere a la condición o condiciones que ponen en peligro la vida de neonato tales como: asfixia, bajo peso al nacer (< 2500 gramos), prematuridad (< 37 semanas).

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

  

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