

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: ____/____/____ Dia Mes Año 12. Hora de Nacimiento: ____/____/____ Horas Minutos 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 an 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: ____/____/____ Dia Mes Año

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

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