



REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
DEPARTAMENTO INFORMACION POBLACIONAL  
ESTADISTICA

CERTIFICADO DE  
NACIDO VIVO

De acuerdo con las definiciones internacionales (Organización Mundial de la Salud) NACIMIENTO VIVO es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de concepción que, después de dicha separación respire o de cualquier otra señal de vida, tal como palpitaciones de corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria tanto sea cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendida a placenta; cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un niño vivo.

Todas las criaturas nacidas vivas deberán ser inscritas y contadas como tales, sea cual fuere el período de gestación y estén vivas o muertas en el momento de la inscripción; las que mueran en cualquier momento posterior al nacimiento deben además, ser inscritas y contadas como defunciones.

A - APELLIDOS Y NOMBRES DEL NACIDO VIVO

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1er. Apellido Paterno | 1er. Apellido Materno |
| 1er. Nombre           | 2do. Nombre           |

B - LUGAR E INSTITUCION DEL NACIMIENTO

1. UBICACION GEOGRAFICA

Departamento

Sección Judicial:

Lugar o Localidad:

F - DATOS PERSONALES DEL PADRE

1. APELLIDOS Y NOMBRES

E - DATOS PERSONALES DE LA MADRE

1. APELLIDOS Y NOMBRES

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1er. Apellido Paterno | 1er. Apellido Materno |
| 1er. Nombre           | 2do. Nombre           |

2. CEDULA DE IDENTIDAD:

3.1 PAIS DE NACIMIENTO: 3.2 RAZA/ETNIA

4. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS:

5. ESTADO CONYUGAL CON RELACION A ESTE NACIMIENTO

Marque con una X:

|                |   |            |   |
|----------------|---|------------|---|
| Soltera        | 1 | Separada   | 4 |
| Casada         | 2 | Viuda      | 5 |
| Unión de hecho | 3 | Divorciada | 6 |

6. OCUPACION

Trabaja

No trabaja y estaba buscando empleo

No trabaja y no estaba buscando empleo

SI TRABAJA: Anote la ocupación, profesión u oficio que le proporciona los mayores ingresos. Por ejemplo: dactilografía, modista, maestra, contadora, doméstica, etc.

NO ANOTE EMPLEADA U OBRERA SIN ESPECIFICAR

Especifique

SI NO TRABAJA: Anote si es jubilada, pensionista, rentista, estudiante o si solamente cuida del hogar.

Especifique

7. INSTRUCCION FORMAL. Marque con una X:

Sin instrucción o Primaria Incompleta

Primaria Completa o Secundaria o UTU Incompleta

Secundaria Completa o Tercera o Superior Incompleta

Superior Completa

2. OCURRENCIA DEL PARTO

Marque con una X:

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

G - CERTIFICADO MEDICO OBSTETRICO

1. EMBARAZOS ANTERIORES

1. Número de embarazos anteriores al presente .....

2. De estos embarazos:

-¿Cuántos hijos viven actualmente? .....

-¿Cuántos nacidos vivos fallecieron? .....

-¿Cuántos nacieron muertos? .....

-¿Cuántos abortos? .....

3. Fecha de nacimiento del ultimo hijo nacido vivo (se encuentre o no vivo al presente) .....

4. Fecha del último aborto o nacido muerto: .....

3. Hora y fecha del parto:

hora ..... día ..... mes ..... año .....

4. El parto fue atendido por:

Médico ..... ☐ 1

Partera ..... ☐ 2

Otro ..... ☐ 3

Especificar .....

4. DATOS DEL RECIEN NACIDO

1. Es hijo:

Legítimo .....

No legítimo De pareja estable .....

De pareja inestable .....

2.1 Sexo

Masculino ..... ☐ 1

Femenino ..... ☐ 2

Indefinido ..... ☐ 3

2.2 Raza/Etnia .....

3. Peso al nacer:

en gramos

4. semana de gestación .....

5. V.D.R.L. ....

2. CONTROL DE ESTE EMBARAZO

1. Semanas de embarazo en la primera consulta .....

2. Total de consultas prenatales: .....

¿Cuántas antes de la 12ª semana? .....

¿Cuántas entre la 12ª y la 24ª semana? .....

¿Cuántas a partir de la 24ª semana? .....

Si { Negativo ..... ☐ 2  
Desconocido ..... ☐ 3  
No ..... ☐ 4

DATOS DEL PARTO

Maniobras manuales o instrumentales:

No ..... ☐ 1

Si ..... ☐ 2

Especificar: Fórceps, vacuum, etc. ....

Cesárea:

No ..... ☐ 1

Si { Anteparto ..... ☐ 2

Interparto ..... ☐ 3

RESPONSABLE DE LA CERTIFICACION

Firma

6. APGAR (minuto) 1º ..... 2º .....

7. Correspondió a un embarazo:

Unico ..... ☐ 1

Múltiple ..... ☐ 2

Especificar: mellizos, trillizos, etc. ....

En este caso ¿que orden tuvo al nacer? .....

Localidad ..... Calle ..... Nº .....

el día ..... mes ..... año ..... tienen valor de Declaración Jurada

Nº de CJP .....

Firma .....

O PROFESIONAL

2.997 del 28/11/61

Firma del funcionario del establecimiento donde ocurrió el parto

al del Registro del Estado Civil de la ..... Sección Judicial u Oficina del Registro Civil del Departamento de .....

constar que en el acta Nº ..... de la foja ..... del libro del Registro de Nacimientos ha sido inscripto el nacimiento a que se refiere el

te certificado, el día ..... del mes ..... de 20 .....

Firma del Oficial del Registro del Estado Civil. ....