

# INFORME ESTADISTICO DE MATRIMONIO

(1) Departamento <input style="width: 80%;" type="text"/>	(2) Delegación <input style="width: 80%;" type="text"/>	(3) <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> Tomo Folio Acta
---	---	--

## DATOS DEL ENLACE

(4) Apellido de los Contrayentes _____	(5) Fecha de inscripción <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Día Mes Año	(6) Los contrayentes son primos hermanos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
--	--	---

## DATOS DEL CONTRAYENTE

(7) Edad <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Años	(8) Lugar de Nacimiento _____ Provincia (País para extranjeros)	(9) Estado civil anterior Soltero 1 <input type="checkbox"/> Viudo 2 <input type="checkbox"/> Divorciado 3 <input type="checkbox"/>	(10) Instrucción Analfabeto 1 <input type="checkbox"/> Primaria 2 <input type="checkbox"/> Incompleta 3 <input type="checkbox"/> Completa 4 <input type="checkbox"/> Secundaria 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> Superior 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Universitaria
---	---	--	---

ACTIVIDAD ECONÓMICA

(11) Condición de Actividad Trabaja 1 <input type="checkbox"/> Menor a cargo 4 <input type="checkbox"/> Desocupado que no busca trabajo 7 <input type="checkbox"/> Desocupado que busca trabajo 2 <input type="checkbox"/> Estudiante 5 <input type="checkbox"/> Incapacitado 8 <input type="checkbox"/> Jubilado 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otros 9 <input type="checkbox"/> Se ignora 0 <input type="checkbox"/>	(12) Profesión u Ocupación Habitual Directores y funcionarios públicos superiores 1 <input type="checkbox"/> Trabajadores de los servicios 5 <input type="checkbox"/> Profesionales, técnicos y trabajadores asimilados 2 <input type="checkbox"/> Trabajadores agrícolas y forestales, pescadores y cazadores 6 <input type="checkbox"/> Empleados administrativos 3 <input type="checkbox"/> Obreros no agrícolas, conductores de máquinas y vehículos de transporte 7 <input type="checkbox"/> Comerciantes y vendedores 4 <input type="checkbox"/> Nobien especificado 8 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>
(13) Categoría Ocupacional Patrón 1 <input type="checkbox"/> Cuenta propia 3 <input type="checkbox"/> Asalariado 2 <input type="checkbox"/> Trabajador familiar no remunerado 4 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	(14) Rama Agropecuaria 1 <input type="checkbox"/> Construcción 4 <input type="checkbox"/> Transporte 7 <input type="checkbox"/> Minería 2 <input type="checkbox"/> Elect., Gas, Agua 5 <input type="checkbox"/> Servicios 8 <input type="checkbox"/> Industria 3 <input type="checkbox"/> Comercio 6 <input type="checkbox"/> Nobien especificado 9 <input type="checkbox"/>

## DATOS DE LA CONTRAYENTE

(15) Edad <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Años	(16) Lugar de Nacimiento _____ Provincia (País para extranjeros)	(17) Estado civil anterior Soltera 1 <input type="checkbox"/> Viuda 2 <input type="checkbox"/> Divorciada 3 <input type="checkbox"/>	(18) Instrucción Analfabeta 1 <input type="checkbox"/> Primaria 2 <input type="checkbox"/> Incompleta 3 <input type="checkbox"/> Completa 4 <input type="checkbox"/> Secundaria 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> Superior 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Universitaria
--	--	---	---

ACTIVIDAD ECONÓMICA

(19) Condición de Actividad Trabaja 1 <input type="checkbox"/> Menor a cargo 4 <input type="checkbox"/> Desocupada que no busca trabajo 7 <input type="checkbox"/> Desocupada que busca trabajo 2 <input type="checkbox"/> Estudiante 5 <input type="checkbox"/> Incapacitada 8 <input type="checkbox"/> Ama de casa 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otros 9 <input type="checkbox"/> Se ignora 0 <input type="checkbox"/>	(20) Profesión u Ocupación Habitual Directores y funcionarios públicos superiores 1 <input type="checkbox"/> Trabajadores agrícolas y forestales, pescadores y cazadores 6 <input type="checkbox"/> Profesionales, técnicos y trabajadores asimilados 2 <input type="checkbox"/> Obreros no agrícolas, conductores de máquinas y vehículos de transporte 7 <input type="checkbox"/> Empleados administrativos 3 <input type="checkbox"/> Nobien especificado 8 <input type="checkbox"/> Comerciantes y vendedores 4 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>
(21) Categoría Ocupacional Patrona 1 <input type="checkbox"/> Cuenta propia 3 <input type="checkbox"/> Asalariado 2 <input type="checkbox"/> Trabajador familiar no remunerado 4 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	(22) Rama Agropecuaria 1 <input type="checkbox"/> Construcción 4 <input type="checkbox"/> Transporte 7 <input type="checkbox"/> Minería 2 <input type="checkbox"/> Elect., Gas, Agua 5 <input type="checkbox"/> Servicios 8 <input type="checkbox"/> Industria 3 <input type="checkbox"/> Comercio 6 <input type="checkbox"/> Nobien especificado 9 <input type="checkbox"/>

FIRMA DEL REGISTRADOR

PROGRAMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD





# INFORME DE NACIDOS VIVOS

1 Departamento <input style="width: 80%;" type="text"/>	2 Delegación <input style="width: 80%;" type="text"/>	3 <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Tomo Folio Acta
4 APELLIDOS Y NOMBRES <input style="width: 95%;" type="text"/>		
5 LUGAR DONDE OCURRIÓ	Provincia <input style="width: 40%;" type="text"/>	Departamento <input style="width: 40%;" type="text"/>
Localidad <input style="width: 40%;" type="text"/>	Calle y Nº <input style="width: 95%;" type="text"/>	
6 Sexo Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/>	7 Filiación Matrimonial 1 <input type="checkbox"/> Extramatrimonial 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 3 <input type="checkbox"/>	8 Fecha de Nacimiento Día <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Mes <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Año <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>
9 Fecha de Inscripción Día <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Mes <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Año <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>		
10 Local de Ocurrencia Establecimiento Asistencial 1 <input type="checkbox"/> Circa 5 <input type="checkbox"/> Médico 1 <input type="checkbox"/> Sin atención 3 <input type="checkbox"/> Simple 1 <input type="checkbox"/> Domicilio Particular 2 <input type="checkbox"/> Señora 8 <input type="checkbox"/> Partera 2 <input type="checkbox"/> Otros 5 <input type="checkbox"/> Doble 6 <input type="checkbox"/> Del Cual Nacieron <input type="checkbox"/> Niños Comadre 3 <input type="checkbox"/> Se ignora 6 <input type="checkbox"/> Múltipla 8 <input type="checkbox"/> Vivos		
11 El Niño Nació de un Parto Simple 1 <input type="checkbox"/> Doble 6 <input type="checkbox"/> Del Cual Nacieron <input type="checkbox"/> Niños Múltipla 8 <input type="checkbox"/> Vivos		
12 Tiempo de Gestación <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Semanas Completas Se ignora 9 <input type="checkbox"/>		
13 Peso al Nacer <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> GRAMOS		

## DATOS DE LA MADRE

15 Año de Nacimiento <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Edad <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>	16 Lugar de Nacimiento <input style="width: 80%;" type="text"/> Provincia (País para extranjeros)	17 Situación Conyugal Soltera 1 <input type="checkbox"/> Divorciada 4 <input type="checkbox"/> Señora 9 <input type="checkbox"/> Casada 2 <input type="checkbox"/> Separada 5 <input type="checkbox"/> Viuda 3 <input type="checkbox"/> Unida de hecho 6 <input type="checkbox"/>
18 Fecha de Matrimonio o Comienzo de la Unión de Hecho Mes <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Año <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>	19 Instrucción Incompleta Completa Analfabeta 1 <input type="checkbox"/> Primaria 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Señora 9 <input type="checkbox"/> Secundaria 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Superior o Universitaria 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
18 Contando ésta la Madre ha tenido <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Embarazos, De Los Cuales Nacieron Vivos <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Niños y Nacieron Muertos o Abortaron <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>		
21 Residencia Habitual	País <input style="width: 40%;" type="text"/> (Para quien reside en el extranjero)	Reside dentro de la Localidad 1 <input type="checkbox"/> Reside fuera de la Localidad 2 <input type="checkbox"/> Departamento <input style="width: 40%;" type="text"/> Señora 9 <input type="checkbox"/> Calle Nº <input style="width: 40%;" type="text"/>
22 Condición de Actividad Trabaja 1 <input type="checkbox"/> Menor a Cargo 4 <input type="checkbox"/> Desocupada que no busca trabajo 7 <input type="checkbox"/> Señora 9 <input type="checkbox"/> Desocupada que busca trabajo 2 <input type="checkbox"/> Estudiante 5 <input type="checkbox"/> Incapacitada 8 <input type="checkbox"/> Ama de Casa 3 <input type="checkbox"/> Jubilada 8 <input type="checkbox"/> Otros 9 <input type="checkbox"/>		
ACTIVIDAD ECONOMICA	23 Profesión u Ocupación Habitual Directores y Funcionarios Públicos 1 <input type="checkbox"/> Trabajadores de los Servicios 6 <input type="checkbox"/> Profesionales, Técnicos y Trabajadores Asimilados 2 <input type="checkbox"/> Trabajadores Agrícolas y Forestales, Pescadores y Cazadores 8 <input type="checkbox"/> Empleados Administrativos 3 <input type="checkbox"/> Obreros Agrícolas, Conductores de Máquinas y Vehículos de Transporte 7 <input type="checkbox"/> Comerciantes y Vendedores 4 <input type="checkbox"/> No Bien Especificada 8 <input type="checkbox"/> Señora 9 <input type="checkbox"/>	
24 Categoría Ocupacional Cuenta propia 3 <input type="checkbox"/>		
25 Rema <input style="width: 40%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Transporte 7 <input type="checkbox"/> Servicios 8 <input type="checkbox"/> Patrona 1 <input type="checkbox"/> Trabajadora Filar, no Remunerada 4 <input type="checkbox"/> Agropecuaria 1 <input type="checkbox"/> Industria 3 <input type="checkbox"/> Elect., gas, agua 5 <input type="checkbox"/> No Bien Especificada 9 <input type="checkbox"/> Asalariada 2 <input type="checkbox"/> Señora 9 <input type="checkbox"/> Minería 2 <input type="checkbox"/> Construcción 4 <input type="checkbox"/> Comercio 6 <input type="checkbox"/> Señora 0 <input type="checkbox"/>		

## DATOS DEL PADRE

26 Año de Nacimiento <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Edad <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>	27 Lugar de Nacimiento <input style="width: 80%;" type="text"/> Provincia (País para extranjeros)	28 Instrucción Incompleta Completa Analfabeta 1 <input type="checkbox"/> Primaria 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Señora 9 <input type="checkbox"/> Secundaria 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Superior o Universit. 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
29 Condición de Actividad Trabajo 1 <input type="checkbox"/> Menor a cargo 4 <input type="checkbox"/> Desocupado que no busca trabajo 7 <input type="checkbox"/> Señora 0 <input type="checkbox"/> Desocupado que busca trabajo 2 <input type="checkbox"/> Estudiante 5 <input type="checkbox"/> Incapacitado 8 <input type="checkbox"/> Jubilado 8 <input type="checkbox"/> Otros 9 <input type="checkbox"/>		
ACTIVIDAD ECONOMICA	30 Profesión u Ocupación Habitual Directores y Funcionarios Públicos 1 <input type="checkbox"/> Trabajadores de los Servicios 6 <input type="checkbox"/> Profesionales, Técnicos y Trabajadores Asimilados 2 <input type="checkbox"/> Trabajadores Agrícolas y Forestales, Pescadores y Cazadores 8 <input type="checkbox"/> Empleados Administrativos 3 <input type="checkbox"/> Obreros Agrícolas, Conductores de Máquinas y Vehículos de Transporte 7 <input type="checkbox"/> Comerciantes y Vendedores 4 <input type="checkbox"/> No Bien Especificada 8 <input type="checkbox"/> Señora 9 <input type="checkbox"/>	
31 Categoría Ocupacional Cuenta propia 3 <input type="checkbox"/>		
32 Rema <input style="width: 40%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Transporte 7 <input type="checkbox"/> Servicios 8 <input type="checkbox"/> Patrona 1 <input type="checkbox"/> Trabajador Filar, no Remunerado 4 <input type="checkbox"/> Agropecuaria 1 <input type="checkbox"/> Industria 3 <input type="checkbox"/> Elect., gas, agua 5 <input type="checkbox"/> No Bien Especificada 9 <input type="checkbox"/> Asalariado 2 <input type="checkbox"/> Señora 9 <input type="checkbox"/> Minería 2 <input type="checkbox"/> Construcción 4 <input type="checkbox"/> Comercio 6 <input type="checkbox"/> Señora 0 <input type="checkbox"/>		



**CERTIFICACIÓN DE CAUSA DE MUERTE**

<b>32. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD</b> Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	<b>33. ¿LO ATENDIO EL MÉDICO?</b> Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	<b>34. ¿ESTUVO INTERNADO EN ALGÚN ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DURANTE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD?</b> Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	<b>35. ¿SE PRACTICÓ AUTOPSIA?</b> Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	<b>CÓDIGO</b>
<b>36. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN [ Anotar sólo una causa en cada línea ]</b>				32
<b>37. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE</b>				33
<b>PARTE I CAUSAS ANTECEDENTES</b>	a) _____ (Debido a como consecuencia de)			34
	b) _____ (Debido a como consecuencia de)			35
<b>PARTE II ESTADOS PATOLOGICOS CONCOMITANTES</b>				36
<b>38 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA</b>	Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 2 Homicidio <input type="checkbox"/> 3	a) Lugar donde ocurrió el hecho ..... ..... b) Circunstancias en que se produjo ..... ..... .....		38
<b>39. DATOS DEL INFORMANTE</b>	Médico <input type="checkbox"/> 1 Otros <input type="checkbox"/> 2	Nombre y Apellido ..... N° de Matrícula ..... Domicilio Calle y N° ..... Localidad ..... Teléfono .....	Firma	39

**PARA EL REGISTRO CIVIL DEFUNCION ACTA N° FOLIO N°**

EL SUSCRIPTO DR. CERTIFICA QUE DON

Domiciliado en Calle N°

Edad Sexo L.C. 6 L.E. N° De Nacionalidad

Estado Civil Ocupación Hijo de Don

Ha fallecido de

Enfermedad: Muerte Violenta Accidente: Homicidio: Suicidio:

El día del mes de de 199 a las hs. lo que me consta por

Haberlo Asistido: Haber Reconocido el Cadáver:

OTORGADO EN EL DIA DEL MES DE DE 199

(Cortar por la línea de Puntos)

**INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCION**  
Amparado por Ley Nacional 17.622

PROGRAMACION NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD

(1) DEPARTAMENTO O PARTIDO		(2) DELEGACION O REGISTRO CIVIL		(3) TOMO FOLIO ACTA	
4) APELLIDO Y NOMBRES					(5) FECHA DE INSCRIPCION DIA MES AÑO
6) LUGAR DE LA DEFUNCION		PROVINCIA DPTO. O PARTIDO LOCALIDAD CALLEN°			
7) RESIDENCIA HABITUAL		PAIS PROVINCIA DPTO. PARTIDO LOCALIDAD CALLE Y N°			
8) FECHA DE LA DEFUNCION		9) FECHA DE NACIMIENTO		10) LUGAR DE NACIMIENTO PAIS PROVINCIA	
11) MASCULINO FEMENINO		12) EDAD AÑOS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100		13) SITUACION CONYUGAL SOLTERA 1 DIVORCIADA 4 CASADA 2 SEPARADA 5 SE IGNORA 9 VIUDA 3 UNION DE HECHO 6	
14) INSTRUCCION PRIMARIA INCOMPLETA COMPLETO ANALFABETO 1 SECUNDARIA 4 SUPERIOR O UNIVERSITARIO 6 2 3 5 7					
15) CONDICIÓN DE ACTIVIDAD TRABAJA 1 AMA DE CASA 3 ESTUDIANTE 5 DESOCCUPADO QUE BUSCA TRABAJO 2 MENOR A CARGO 4 JUBILADO 6 INCAPACITADO 8 SE IGNORA 0 7 OTROS 9					
16) PROFESIONAL U OCUPACION HABITUAL DIRECTORES Y FUNCIONARIOS PUBLICOS SUPERIORES 1 PROFESIONALES, TÉCNICOS Y TRABAJADORES ASIMILADOS 2 EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS 3 COMERCIANTES Y VENDEDORES 4					
17) CATEGORIA OCUPACIONAL CUENTA PROPIA 3 PATRON 1 TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO 4 ASALARIADO 2 SE IGNORA 9					
18) RAMA TRANSPORTE 7 SERVICIOS 8 INDUSTRIA 3 ELECTRICIDAD 5 AGRICULTURA 1 MINERIA 2 CONSTRUCCION 4 COMERCIO 6 SE IGNORA 0					

**PARA FALLECIDOS MENORES DE UN AÑO**

(16) FILIACION MATRIMONIAL 1 EXTRAMATRIM 2 SE IGNORA 3	(17) PESO AL NACER	(18) PESO AL MORIR	(19) EL NIÑO NACIÓ DE UN PARTO SIMPLE 1 DOBLE 2 MULTIPLE 3
(20) EDAD DE LA MADRE	(21) DEL CUAL NACIERON NIÑOS VIVOS	(22) CONTANDO ESTE, LA MADRE HA TENIDO EMBARAZOS DE LOS CUALES NACIERON VIVOS NIÑOS Y NACIERON MUERTOS O ABORTARON	(23) INSTRUCCION DE LA MADRE INCOMPLETA 2 COMPLETA 3 PRIMARIA 4 SECUNDARIA 5 SUPERIOR O UNIVERSITARIO 6

AMPARADO POR LA LEY 17.622



ACTIVIDAD ECONOMICA	(27) DATOS CORRESPONDIENTES A		(28) CONDICION DE ACTIVIDAD			
	PADRE	<input type="checkbox"/> TRABAJA	<input type="checkbox"/> DESOCUPADO QUE BUSCA TRABAJO	<input type="checkbox"/> MENOR A CARGO	<input type="checkbox"/> DESOCUPADO QUE NO BUSCA TRABAJO	<input type="checkbox"/> SE IGNORA
	MADRE PERS. A CARGO DEL MENOR	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
	(29) PROFESION U OCUPACION HABITUAL					
	DIRECTORES Y FUNCIONARIOS PUBLICOS SUPERIORES		<input type="checkbox"/> 1	TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS		<input type="checkbox"/> 5
	PROFESIONALES, TECNICOS Y TRABAJADORES ASIMILADOS		<input type="checkbox"/> 2	TRABAJADORES AGRICOLAS Y FOREST. PESCAD. Y CAZAD.		<input type="checkbox"/> 6
	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS		<input type="checkbox"/> 3	OBREROS NO AGRIC. COND. DE MAQUINAS Y VEHICULOS DE TRANSP.		<input type="checkbox"/> 7
	COMERCIANTE Y VENDEDORES		<input type="checkbox"/> 4	NO BIEN ESPECIFICADA		<input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 5	SE IGNORA		<input type="checkbox"/> 9	
(30) CATEGORIA OCUPACIONAL		(31) RAMA		TRANSPORTE		
PATRON		<input type="checkbox"/> 1	AGROPEC. 1		<input type="checkbox"/> 7	
ASALARIADO		<input type="checkbox"/> 2	INDUSTRIA		<input type="checkbox"/> 8	
		<input type="checkbox"/> 3	ELECT. GAS AGUA		<input type="checkbox"/> 9	
		<input type="checkbox"/> 4	MINERIA		<input type="checkbox"/> 0	
		<input type="checkbox"/> 5	CONSTRUCC.		<input type="checkbox"/> 0	
		<input type="checkbox"/> 6	COMERCIO		<input type="checkbox"/> 0	
		<input type="checkbox"/> 7	SE IGNORA		<input type="checkbox"/> 0	

CONSIGNAR LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL PADRE - EN AUSENCIA DEL PADRE SENALAR LA DE LA MADRE - EN CASO DE AUSENCIA DE AMBOS REGISTRAR LA DE LA PERSONA QUE TIENE A CARGO EL MENOR - INDICAR EN EL RUBRO 27 LA PERSONA A QUIEN CORRESPONDEN LOS DATOS DE ACTIVIDAD ECONOMICA.

### CERTIFICADO DE CAUSA DE MUERTE

(32) Tuvo Atención Médica Durante su Última Enfermedad?	(33) Lo atendió el médico que suscribe?	(34) Estuvo internado en algún Establecimiento Asistencial durante su Última Enfermedad?	(35) Se Practicó Autopsia?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(36) CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (Anotar solo una causa en cada línea)			(37) Intervale. Aprox. entre el Comienzo de la Enfermedad y la Muerte
PARTE I Causas Antecedentes { A) _____ B) _____ C) _____			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PARTE II Estados Patológicos Concomitantes { _____ _____ _____			
(38) En caso de Muerte Violente	Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/>	A) Lugar donde ocurrió el hecho..... B) Circunstancias en que se produjo.....	
(39) Datos del Informante	Médico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre y Apellido..... Nº Matrícula..... Domicilio..... Calle y N° - Localidad..... T.E.....	Firma.....

PARA REGISTRO CIVIL	<b>DEFUNCION FETAL</b>	ACTA N°.....	FOLIO N°.....
EL SUSCRIPTO DR. .... CERTIFICA QUE SE HA PRODUCIDO LA DEFUNCION FETAL DE NN .....			
DE SEXO ..... PRODUCTO DE UN EMBARAZO DE ..... MESES, POR LA UNION CONYUGAL DE:			
DON ..... Y DE DOÑA .....			
LA DEFUNCION FETAL SE PRODUJO A CAUSA DE ..... EL DIA ..... DE ..... DEL AÑO .....			
A LAS ..... HS. LO QUE CONSTA POR:			
OTORGADO EN ..... HABERLO ASISTIDO <input type="checkbox"/>		HABER RECONOCIDO EL CADAVER <input type="checkbox"/>	
FIRMA DEL MEDICO			

### CERTIFICADO DE DEFUNCION FETAL

1 DEPARTAMENTO <input type="text"/>	2 DELEGACION <input type="text"/>	TOMC <input type="text"/>	FOLIO <input type="text"/>	ACTA <input type="text"/>
4 Apellido y Nombre de la Madre .....				
5 Lugar de la Defunción Fetal		Provincia <input type="text"/> Departamento <input type="text"/>		
<small>País para quien reside en el extranjero</small>				
Localidad <input type="text"/>		Calle y N° <input type="text"/>		
6 Fecha del parto o aborto	8 Sexo	9 Filiación	10 Tipo de parto	
<input type="text"/>	Masculino 1 <input type="checkbox"/>	Matrimonial 1 <input type="checkbox"/>	Simple 1 <input type="checkbox"/>	
7 Fecha de inscripción	Femenino 2 <input type="checkbox"/>	Extramatemal 2 <input type="checkbox"/>	Del e n nacimiento muertos <input type="checkbox"/> niños	
<input type="text"/>	Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	Se ignora 3 <input type="checkbox"/>	Múltiple 9 <input type="checkbox"/>	

### DATOS DE LA MADRE

11 Residencia Habitual		Provincia <input type="text"/> Departamento <input type="text"/>		Reside dentro de la localidad <input type="checkbox"/>	
<small>País para quien reside en el extranjero</small>		Localidad <input type="text"/> Calle y N° <input type="text"/>		Reside fuera de la localidad <input type="checkbox"/>	
12 Año de Nacimiento <input type="text"/>		13 Lugar de Nacimiento		14 Instrucción	
Edad <input type="text"/>		Provincia (País para extranjero) <input type="text"/>		Incompleta Completa	
Años <input type="text"/>		Analfabeta 1 <input type="checkbox"/>		Primaria 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	
15 Situación Conyugal		Casada 2 <input type="checkbox"/>		Secundaria 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Soltera 1 <input type="checkbox"/>		Viuda 3 <input type="checkbox"/>		Superior o Univer. 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
16 Fecha de matrimonio o comienzo de la unión de hecho		17 Contando hasta éste la madre ha tenido		Embarazos, de los cuales	
Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		Nacimiento vivos <input type="text"/> eñcs. y Nacimn muertos o abortam. <input type="text"/>		Casada 4 <input type="checkbox"/> Unión de hecho 6 <input type="checkbox"/>	

### DATOS DEL PADRE

<b>A c t i v i d a  E c o n o m i c a</b>	18 Datos correspondientes		19 Condición de Actividad						
	Padre 1 <input type="checkbox"/>		Trabaja 1 <input type="checkbox"/>		Mancr a cargo 4 <input type="checkbox"/>		Desocupado que no busca trabajo 7 <input type="checkbox"/>		
	Madre 2 <input type="checkbox"/>		Desocupado que busca trab. 2 <input type="checkbox"/>		Estudiante 5 <input type="checkbox"/>		Incapacitado 8 <input type="checkbox"/>		
		Ama de casa 3 <input type="checkbox"/>		Jubilado 6 <input type="checkbox"/>		Otros 9 <input type="checkbox"/>		Se ignora 0 <input type="checkbox"/>	
20 Profesión u Ocupación Habitual <input type="text"/>									
Directores, Funcionarios Públicos Superiores 1 <input type="checkbox"/>				Trabajadores de los Servicios 5 <input type="checkbox"/>					
Profesionales, Técnicos y Trabajadores Asimilados 2 <input type="checkbox"/>				Trabajadores agrícolas y forestales, pescadores y cazadores 6 <input type="checkbox"/>					
Empleados Administrativos 3 <input type="checkbox"/>				Obreros no agrícolas, conductores de máquinas y vehículos de transporte 7 <input type="checkbox"/>					
Comerciantes y Vendedores 4 <input type="checkbox"/>				No Bien Especificada 8 <input type="checkbox"/>					
				Se ignora 9 <input type="checkbox"/>					
21 Categoría Ocupacional				22 Rama <input type="text"/>					
Patrón 1 <input type="checkbox"/>		Cuenta propia 3 <input type="checkbox"/>		Agricultura 1 <input type="checkbox"/>		Industria 3 <input type="checkbox"/>		Transporte 7 <input type="checkbox"/>	
Asalariado 2 <input type="checkbox"/>		Trabajador familiar no remunerado 4 <input type="checkbox"/>		Minería 2 <input type="checkbox"/>		Construcción 4 <input type="checkbox"/>		Electricidad, gas, agua 5 <input type="checkbox"/>	
		Se ignora 9 <input type="checkbox"/>				Comercio 6 <input type="checkbox"/>		Servicios 8 <input type="checkbox"/>	
								No bien especificado 9 <input type="checkbox"/>	
								Se ignora 0 <input type="checkbox"/>	

\* Consignar la Actividad Económica del padre. En ausencia del padre señalar la de la madre. En el rubro 18 señalar la persona a quien corresponden los datos de la Actividad Económica.



<b>(23) Causa de la defunción fetal</b> (anotar sólo una causa en cada línea) (no consignar causas tales como prematuridad, nacido muerto, etc.)		<b>(24) ¿Se practicó autopsia?</b> SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
I Causa inmediata o final (fetal o materna) a) -----		<b>(25) La defunción se produjo</b> Antes del parto 1 <input type="checkbox"/> Durante del parto 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 3 <input type="checkbox"/>
Causas, si las hubieran, que dieron origen a la anotada en a). Anotar la causa básica en la línea inferior		
b) Debido a: ----- c) Debido a: -----		
II Otras Causas Fetales y/o Maternas Concomitantes -----		
<b>(26) Tiempo de gestación</b> <input type="text"/> <input type="text"/> semanas completas	<b>(27) Peso del feto</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Grs.	
<b>(28) Datos del Informante</b>	Médico 1 <input type="checkbox"/> Otro 2 <input type="checkbox"/>	Nombre y Apellido ----- N° de matrícula ----- Domicilio - Calle y N° - Localidad ----- T.E. -----
		Firma -----