

INFORME ESTADISTICO DE NACIDO VIVO

Para el Registro Civil

Nombre y apellido del niño		Registrado bajo el Acta N°		Sexo		Etnia		Fecha		Año	
Nombre y apellido de la madre		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Día		Mes		Año	
Nombre y apellido del padre		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Día		Mes		Año	
Datos del médico		Nombre y apellido del médico		Especialidad profesional		Médico		Médico		Médico	
Matrícula profesional		Matrícula profesional		Matrícula profesional		Matrícula profesional		Matrícula profesional		Matrícula profesional	

1) Identificación del niño

2) Identificación de género civil

3) Sexo

4) Etnia

DATOS DEL NACIMIENTO

6) Apellido y nombres

7) Lugar donde ocurrió

8) Sexo

9) Fecha de nacimiento

10) Lugar de nacimiento

11) Medio de parto

12) Lugar de nacimiento del parto

13) Tipo de gestación

14) Peso al nacer

DATOS DE LA MADRE

15) Año de nacimiento

16) Lugar de nacimiento

17) Instrucción

18) Estado civil

19) Contando esta la madre a la vez

20) Profesión

21) Categoría ocupacional

22) Categoría ocupacional

23) Categoría ocupacional

24) Categoría ocupacional

DATOS DEL PADRE

25) Año de nacimiento

26) Lugar de nacimiento

27) Instrucción

28) Estado civil

29) Profesión

30) Categoría ocupacional

31) Categoría ocupacional

PROGRAMA NACIONAL ESTADÍSTICAS DE SALUD
Resguardado "Secreto Estadístico" Ley 17.622

ACTIVIDADES DE LA MADRE

ACTIVIDADES DEL PADRE

Departamento	Registro Civil de	Sección	Acta N°	Tomo	Folio	
CERTIFICADO que doctos		Sexo	L. E. o DNI N°			
Domiciliado en calle		N°	Localidad	Pcia.	Nacionalidad	
de años de edad, Nacido el		de	de 19	en	Estado Civil	
Profesión u ocupación		Ha FALLECIDO de: Enfermedad <input type="checkbox"/> Muerte violenta <input type="checkbox"/> Enfermedad de denuncia internacional <input type="checkbox"/>				
El día		de 19	alas	horas en	Causa de muerte:	
reconocido		Dejo constancia de los datos que obtuve por haberlo: Asistido <input type="checkbox"/>				
en		Fecha de certificación	Lugar	día	de	de 19
MEDICO		Mat. Prof. N°	Domicilio	Firma		

0 3 **INFORME ESTADISTICO DE DEFUNCION**
 (Para la Direc. Estad. "PROGRAMA NACIONAL DE ESTADISTICA DE SALUD" Ley N° 7.622 Sec. En.)

1. Departamento o partido	2. Delegación o Registro Civil	3. Tomo <input type="checkbox"/> Acta <input type="checkbox"/>
4. Apellido y nombres		5. Fecha de inscripción Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>
6. Lugar de la defunción Provincia <input type="checkbox"/> Localidad <input type="checkbox"/>	Dpto. o Partido <input type="checkbox"/> Calle y N° <input type="checkbox"/>	
7. Residencia Habitual País <input type="checkbox"/> Provincia <input type="checkbox"/>	Dpto. o partido <input type="checkbox"/> Localidad <input type="checkbox"/>	
8. Fecha de Defunción: Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>	9. Fecha de Nacimiento: Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>	
10. Lugar de Nacimiento: País <input type="checkbox"/> Provincia <input type="checkbox"/> (Si es extranjero codificar país, si es Argentino codificar Pcia.)	11. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	12. EDAD Años 1 <input type="checkbox"/> Días 3 <input type="checkbox"/> Más de 100 Años 3 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> Horas 4 <input type="checkbox"/> Se ignora 6 <input type="checkbox"/>
13. Situación Conyugal: Casado 2 <input type="checkbox"/> Separado 5 <input type="checkbox"/> Soltero 1 <input type="checkbox"/> Viudo 3 <input type="checkbox"/> Unión de Hecho 6 <input type="checkbox"/> Divorciado 4 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	14. Instrucción: Incompleta <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Analfabeto 1 <input type="checkbox"/> Primaria 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Secundaria 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Super o Univ. 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	

ACTIVIDAD ECONOMICA

(*En fallecidos menores de un año consignar actividad económica del padre, en su ausencia el de la madre o de la persona a cargo del menor)

15. Datos del fallecido: Menores de un año Padre 1 <input type="checkbox"/> Madre 2 <input type="checkbox"/> Persona a Cargo 3 <input type="checkbox"/>		16. 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"/> Ama de casa. 3 <input type="checkbox"/> Jubilado 6 <input type="checkbox"/> Otros 9 <input type="checkbox"/> Se ignora 0 <input type="checkbox"/>		
17. Profesión u Ocupación Habitual: Direct. y funcionarios Pub. Superiores 1 <input type="checkbox"/> Profesionales, Téc. y Trabajadores Asimilados 2 <input type="checkbox"/> Empleados Administrativos 3 <input type="checkbox"/> Comerciantes y Vendedores 4 <input type="checkbox"/>		Trabajadores de los Servicios 5 <input type="checkbox"/> Trab. Agrícolas y Forest. Pescadores y Cazadores 6 <input type="checkbox"/> Obreros no agric. conduct. de Maq. y vehic. transp. 7 <input type="checkbox"/> No bien especificado 8 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>		
18. Categoría Ocupacional: Patrón 1 <input type="checkbox"/> Asalariado 2 <input type="checkbox"/> Cuenta propia 3 <input type="checkbox"/>		19. Rama: Agricultura 1 <input type="checkbox"/> Minería 2 <input type="checkbox"/> Industria 3 <input type="checkbox"/> Construcción 4 <input type="checkbox"/> Elect. Gas y Agua 5 <input type="checkbox"/> Comercio. 6 <input type="checkbox"/> Transporte 7 <input type="checkbox"/> Servicios 8 <input type="checkbox"/> No bien especificado 9 <input type="checkbox"/> Se ignora 0 <input type="checkbox"/>		

PARA FALLECIDOS MENORES DE UN AÑO

20. Filiación: Matrimonial 1 <input type="checkbox"/> Extramatrimonial 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	21. Peso al nacer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	22. Peso al morir: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23. El niño nació de un parto: Simple 1 <input type="checkbox"/> De cual <input type="checkbox"/> Débil 2 <input type="checkbox"/> nacieron vivos <input type="checkbox"/> Múltiple 3 <input type="checkbox"/> niños <input type="checkbox"/>
24. Edad de la madre: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25. Contando ésto la madre ha tenido <input type="checkbox"/> embarazos, de los cuales nacieron vivos <input type="checkbox"/> niños, y nacieron muertos o abortaron <input type="checkbox"/>		
26. Situación matrimonial de la madre: Soltera 1 <input type="checkbox"/> Casada 2 <input type="checkbox"/> Viuda 3 <input type="checkbox"/> Divorciada 4 <input type="checkbox"/> Separada 5 <input type="checkbox"/> Unión de hecho 6 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	27. Instrucción de la madre: Analfabeta 1 <input type="checkbox"/> Primaria 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Secundaria 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> Superior o Univ. 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>		

CERTIFICACION DE CAUSA DE MUERTE

28. Tuvo atención médica durante su última enfermedad? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	29. ¿Lo atendió el Médico que suscribe? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	30. ¿Estuvo internado en algún establecimiento asistencial durante su enfermedad? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	31. ¿Se practicó autopsia? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
32. Causas de la defunción: (Anotar solo una causa en cada línea) Parte I: Causas Antecedentes, a) _____ b) _____ Parte II: Estados Patofisiológicos concurrentes: _____ (Debido a o como) (consecuencia de)			
34. En caso de muerte violenta: Accidente 1 <input type="checkbox"/> Suicidio 2 <input type="checkbox"/> Homicidio 3 <input type="checkbox"/> a) Lugar donde ocurrió el hecho _____ b) Circunstancia en que se produjo: _____			
35. Datos del Interviniente, Médico 1 <input type="checkbox"/> Otro 2 <input type="checkbox"/> Nombre y Apellido _____ Domicilio _____ (Calle y N°, Localidad) T E _____ N° Mat. Médica _____ Firma: _____			