

DATOS DE LA PERSONA DECLARADA AL MOMENTO DEL PARTO

1) PRIMERO NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

2) ESTA DECLARACIÓN ES DE UNA PERSONA NACIDA: 1. SOLA 2. GEMELA 3. TRILLIZA 4. O MÁS

3) SEXO: 1. HOMBRE 2. MUJER

4) PESO EN GRAMOS: _____ 5) ESTATURA EN CENTÍMETROS: _____

6) LUGAR DE NACIMIENTO: _____

7) NACIÓ EN: DISTRITO: _____ CANTÓN: _____ PROVINCIA: _____

8) HORA Y FECHA DE NACIMIENTO: ANOTE EL NOMBRE DEL HOSPITAL: _____ OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE): _____

HORA: _____ DÍA (EN NÚMEROS): _____ MES (EN NÚMEROS): _____ AÑO (EN NÚMEROS): _____ MURIÓ ANTES DEL PARTO:

DATOS DEL PADRE AL MOMENTO DEL PARTO

9) PADRE: NOMBRE: _____ PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ 10) CÉDULA O DOC. DE IDENT.: _____

11) EDAD: _____ AÑOS CUMPLIDOS

12) PAÍS DE ORIGEN: _____ 13) NACIONALIDAD: _____ 14) PROFESIÓN U OFICIO: _____ 15) ÚLTIMO AÑO APROBADO: _____

16) TOTAL DE HIJOS/AS TENIDOS/AS VIVOS/AS: _____

17) ESTADO CIVIL: 1. SOLTERO 2. CASADO 3. VIUDO 4. DIVORCIADO 5. SEPARADO JUDICIALMENTE 6. UNIÓN DE HECHO

18) RESIDENCIA HABITUAL: _____

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO

19) MADRE: NOMBRE: _____ PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ 20) CÉDULA O DOC. DE IDENT.: _____

21) EDAD: _____ AÑOS CUMPLIDOS

22) PAÍS DE ORIGEN: _____ 23) NACIONALIDAD: _____ 24) PROFESIÓN U OFICIO: _____ 25) ÚLTIMO AÑO APROBADO: _____

26) ESTADO CIVIL: 1. SOLTERA 2. CASADA 3. VIUDA 4. DIVORCIADA 5. SEPARADA JUDICIALMENTE 6. UNIÓN DE HECHO

27) RESIDENCIA HABITUAL: NOMBRE Y APELLIDOS DE CONYUGE ANTERIOR: _____ LUGAR DEL DIVORCIO O VIUDEZ: _____ FECHA: _____

28) ESTE PARTO FUE ATENDIDO POR: 1. PROFESIONAL MEDICINA GENERAL 2. PROFESIONAL ENFERMERÍA OBSTÉTRICA 3. PROFESIONAL EN ENFERMERÍA 4. COMADRONA 5. ESTUDIANTE 6. OTRA PERSONA 7. GINECO-OBSTETRA 29) SEMANAS DE EMBARAZO: _____

30) a) INCLUYENDO ESTE NACIMIENTO, ANOTE: TOTAL DE HIJOS/AS TENIDOS/AS VIVOS/VAS: _____ b) ¿CUÁNTOS ABORTOS HA TENIDO? PERSONA FALLECIDA DE MENOS DE 22 SEMANAS: _____ c) ¿CUÁNTAS CONSULTAS RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO? 1. TOTAL: _____ 2. POR UN PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL: _____

31) MADRE SOLICITA SE APLIQUE LEY DE PATERNIDAD RESPONSABLE (8101) SI NO

MADRE ASIENTE QUE: _____ FIRME COMO PADRE DE LA PERSONA DECLARADA: _____

32) ASÍ LO DECLARAN: COMO: PADRE PERSONA INTERESADA MADRE PERSONA RECOMENDADA

FIRMA: _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT.: _____

33) SI NO SABE FIRMAR, LO HARÁ OTRA PERSONA A RUGO DE UNO O DE AMBOS DECLARANTES: FIRMA: _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT.: _____

34) MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES: NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FIRMA: _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT.: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ DIRECCIÓN DE LA PERSONA DECLARANTE: _____ FAX: _____

PROVINCIA: _____ CANTÓN: _____ DISTRITO: _____ BARRIO O CASERÍO: _____

DIRECCIÓN POR CALLES Y AVENIDAS, NO. DE CASA O CALQUIER OTRO PUNTO DE REFERENCIA: _____

35) a) TESTIGO: NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FIRMA: _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT.: _____

b) TESTIGO: NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FIRMA: _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT.: _____

NO. DE TELÉFONO: _____

OBSERVACIONES: _____

REGISTRADORA

36) ANTE: PERSONA REGISTRADORA DE: NOMBRE: _____ PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT.: _____

LUGAR: _____ CÓDIGO: _____

37) FECHA DE DECLARACIÓN: DÍA (EN NÚMEROS): _____ MES (EN NÚMEROS): _____ AÑO (EN NÚMEROS): _____ FIRMA DE LA PERSONA REGISTRADORA: _____

38) ESTE CERTIFICADO QUEDA INSCRITO EN: PROVINCIA: _____ TOMO: _____ FOLIO: _____ ASIENTO: _____ FIRMA: _____

SELLO DE LA OFICINA

AL LLENAR ESTA DECLARACIÓN DEBE HACERLO A MÁQUINA O BOLÍGRAFO APRETANDO CON FIRMEZA AL ESCRIBIR

AL LLENAR ESTA DECLARACIÓN DEBE HACERLO A MÁQUINA O BOLÍGRAFO APRETANDO CON FIRMEZA AL ESCRIBIR