

DATOS DEL DECLARADO

1) NOMBRE Y APELLIDOS DEL FETO								
NOMBRE	1ER. APELLIDO	2DO. APELLIDO						
2) SEXO: 1 <input type="checkbox"/> HOMBRE 2 <input type="checkbox"/> MUJER 3 <input type="checkbox"/> INDETERMINADO		3) FECHA DE OCURRENCIA: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">DIA</td> <td style="border: none; text-align: center;">MES</td> <td style="border: none; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	DIA	MES	AÑO
_ _	_ _	_ _						
DIA	MES	AÑO						
4) OCURRIDO EN: 00 <input type="checkbox"/> SU HOGAR <input type="checkbox"/> INST. HOSP. _____ <input type="checkbox"/> OTRO LUGAR _____ <small>ANOTE EL NOMBRE</small> <small>ANOTE EL NOMBRE</small>								
5) PERIODO DE GESTACION: (22 SEMANAS O MAS) _ _ EN SEMANAS	6) PESO: _ _ _ GRAMOS	7) ESTE PARTO FUE 1 <input type="checkbox"/> MEDICO 2 <input type="checkbox"/> OBSTETRICA 3 <input type="checkbox"/> ENFERMERA ATENDIDO POR: 4 <input type="checkbox"/> COMADRONA 5 <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE 6 <input type="checkbox"/> OTRA PERSONA						
8) ESTA DECLARACION ES DE UN FETO: 1 <input type="checkbox"/> SOLO 2 <input type="checkbox"/> GEMELO 3 <input type="checkbox"/> TRILLIZO 4 <input type="checkbox"/> O MAS		9) SI EL EMBARAZO FUE MULTIPLE EL FETO ERA: 1 <input type="checkbox"/> PRIMERO 2 <input type="checkbox"/> SEGUNDO 3 <input type="checkbox"/> OTRO _____ <small>ESPECIFIQUE</small>						
10) EL FETO MURIO: 1 <input type="checkbox"/> ANTES DE LA LABOR 2 <input type="checkbox"/> DURANTE LA LABOR	11) TIPO DE PARTO: 1 <input type="checkbox"/> VAGINAL 2 <input type="checkbox"/> CESAREA	12) RECIBIO ATENCION PRENATAL DURANTE ESTE EMBARAZO: 1 <input type="checkbox"/> SI _ _ 2 <input type="checkbox"/> NO <small>No. DE CONSULTAS</small>						
13) ORDEN DEL EMBARAZO: _ _ EN NUMEROS	ANOTE SI ES EL PRIMERO SEGUNDO TERCERO, ETC	14) HA TENIDO OTRAS DEFUNCIONES FETALES: 1 <input type="checkbox"/> SI _ _ 2 <input type="checkbox"/> NO <small>No. DE VECES</small>						
15) CAUSAS DE DEFUNCION: DEBIDA A CONDICIONES DEL FETO DEBIDA A CONDICIONES DE LA MADRE DEBIDA A CAUSAS EXTERNAS <small>Nombre y código del médico que certifica</small> <small>Firma del médico</small>								

DATOS DEL PADRE

16) PADRE: NOMBRE _____ PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____			17) CEDULA O DOC. DE IDEN. _____	
18) EDAD: _ _ AÑOS CUMPLIDOS	19) PAIS DE ORIGEN: _____	20) NACIONALIDAD: _____	21) PROFESION U OFICIO: _____	22) ULTIMO AÑO APROBADO: _____
23) ESTADO CIVIL: 1 <input type="checkbox"/> SOLTERO 2 <input type="checkbox"/> CASADO 3 <input type="checkbox"/> VIUDO 4 <input type="checkbox"/> DIVORCIADO 5 <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE 6 <input type="checkbox"/> UNION LIBRE				

DATOS DE LA MADRE

24) MADRE: NOMBRE _____ PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____			25) CEDULA O DOC. DE IDEN. _____	
26) EDAD: _ _ AÑOS CUMPLIDOS	27) PAIS DE ORIGEN: _____	28) NACIONALIDAD: _____	29) PROFESION U OFICIO: _____	30) ULTIMO AÑO APROBADO: _____
31) ESTADO CIVIL: 1 <input type="checkbox"/> SOLTERO 2 <input type="checkbox"/> CASADO 3 <input type="checkbox"/> VIUDO 4 <input type="checkbox"/> DIVORCIADO 5 <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE 6 <input type="checkbox"/> UNION LIBRE NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONYUGE ANTERIOR _____ LUGAR DEL DIVORCIO O VIUDEDAD _____ FECHA _____				
32) RESIDENCIA HABITUAL: BARRIO O CASERIO _____ DISTRITO _____ CANTON _____ PROVINCIA _____				

REGISTRADOR DATOS DEL DECLARANTE

33) DATOS DEL DECLARANTE: NOMBRE Y APELLIDOS _____ No. DE CEDULA O DOC. DE IDEN. _____ PARENTESCO CON EL DECLARADO _____ No. DE TELEFONO _____ FIRMA DEL DECLARANTE _____		
34) SI NO SABE FIRMAR, LO HARA OTRA PERSONA A RUEGO: NOMBRE Y APELLIDOS _____ FIRMA _____ No. DE CEDULA O DOC. DE IDEN. _____		
35) ANTE NOMBRE Y APELLIDOS DEL REGISTRADOR _____ LUGAR _____		
36) FECHA DE ESTA DECLARACION: Día Mes Año	FIRMA DEL REGISTRADOR _____	

ASIENTO _____ FOLIO _____ TOMO _____ PROVINCIA _____

Nulo

EN CASO DE RELEVANCIA JURIDICA ESTA DEFUNCION QUEDA INSCRITA EMPLEADO QUE LA INSCRIBIO CALIFICADO POR _____

OBSERVACIONES: _____

