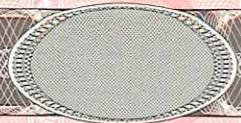




Buenos Aires Ciudad

**CERTIFICADO MÉDICO E INFORME ESTADÍSTICO DE NACIMIENTO**



MEDIANTE EL PRESENTE, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HA ASISTIDO EL PARTO DE:

**DATOS DE LA MADRE**

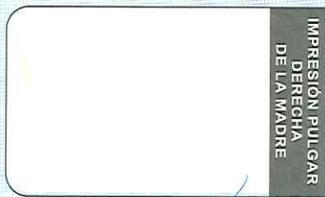
Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ a. En esta Ciudad   
 b. Otra Provincia  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 c. Otro País  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Presenta documento: SI  NO  Tipo y N° de documento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: a) Calle: \_\_\_\_\_ b) N°: \_\_\_\_\_ c) Localidad: \_\_\_\_\_ d) Tel.: \_\_\_\_\_  
 SIENDO EL PARTO: SIMPLE  DOBLE  MÚLTIPLE  NATURAL  CESÁREA  Del que nacieron vivos, la cantidad de: \_\_\_\_\_  
 Incluyendo este/a niño/a, ¿Cuántos embarazos tuvo la madre? \_\_\_\_\_  
 En todos estos embarazos, incluyendo este/a niño/a, ¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo? \_\_\_\_\_

**DATOS DEL RECIÉN NACIDO**

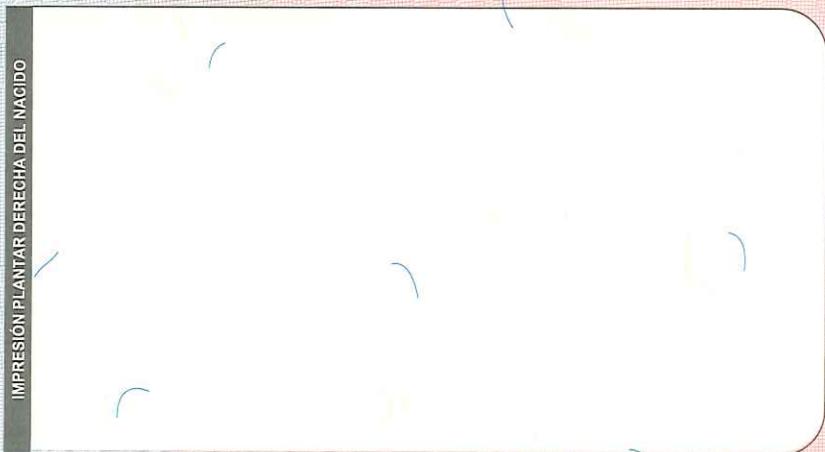
Sexo: a) Femenino  b) Masculino  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Hora:   Minutos:    
 Edad Gestacional   semanas  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre/s y Apellido/s. Solicitado para Inscribir: \_\_\_\_\_

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: Hospital Público  Establecimiento Privado  Parto Domiciliario   
 Nombre del Establecimiento Sanitario: \_\_\_\_\_  
 Domicilio del Establecimiento Sanitario: \_\_\_\_\_

**IMPRESIONES PAPILOSCÓPICAS:**



IMPRESIÓN PULGAR DERECHA DE LA MADRE



IMPRESIÓN PLANTAR DERECHA DEL NACIDO

**CERTIFICADO MÉDICO DE NACIMIENTO N°**



01649177

FIRMA DE LA MADRE

OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES: \_\_\_\_\_

Expide el Certificado, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE MÉDICO U OBSTETRICO/A

Apellido/s: \_\_\_\_\_

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Matrícula N° \_\_\_\_\_

FIRMA /SELLO DEL MEDICO/ OBSTETRICA/AGENTE SANITARIO

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO

CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA DEL AGENTE SANITARIO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE SALUD

**DATOS DEL PADRE/MADRE**

Apellido/s: \_\_\_\_\_

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento \_\_\_\_\_

Domicilio: a) Calle: \_\_\_\_\_ b) N°: \_\_\_\_\_ c) Localidad: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre

**NOTIFICACIÓN DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO**

Apellido/s: \_\_\_\_\_

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Firma del Notificador

PARA COMPLETAR EN LOS REGISTROS CIVILES

DATOS PARA LABRAR EL ACTA DE NACIMIENTO CONSIGNADOS POR EL DENUNCIANTE, ANTE OFICIAL PÚBLICO

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido/s: \_\_\_\_\_  
 Nombre/s: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: a) Calle: \_\_\_\_\_ b) N° \_\_\_\_\_ c) Localidad \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

TESTIGOS (A FALTA DEL DOCUMENTO DE LA MADRE/PADRE O CONYUGE)

Apellido/s: \_\_\_\_\_  
 Nombre/s: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: a) Calle: \_\_\_\_\_ b) N° \_\_\_\_\_  
 c) Localidad \_\_\_\_\_  
 Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Apellido/s: \_\_\_\_\_  
 Nombre/s: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: a) Calle: \_\_\_\_\_ b) N° \_\_\_\_\_  
 c) Localidad \_\_\_\_\_  
 Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

ADHIERA AQUÍ EL SEGUNDO CUERPO DE LA OBLEA DE SEGURIDAD

EL PRIMER CUERPO DEBE ADHERIRSE EN EL LIBRO DE PARTOS

IMPRESION PULGAR DERECHO DE LA MADRE PARA EL REGISTRO CIVIL

ADHIERA AQUÍ LA OBLEA (MATRÍCULA ASIGNADA) - DNI

IMPRESION PULGAR DERECHO DE PADRE / MADRE PARA EL REGISTRO CIVIL

DECLARACIONES JURADAS (LO SUSCRIPTO POR LOS PRESENTANTES CORRESPONDE AL ITEM 1 E ITEM 2)

ITEM 1: TÉCNICA DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA - ART 563 CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL Y DI - 2016 - 121 - DGRC.  
 LOS COMPARECIENTES MANIFIESTAN QUE EL HIJO/A SI / NO (tachar lo que no corresponda) HA SIDO CONCEBIDO POR EL USO DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA CON GAMETOS DE TERCERO

ITEM 2: ACUERDO NOMBRE/S Y APELLIDO/S - ART 64 CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL  
 LOS COMPARECIENTES MANIFIESTAN SI / NO (tachar lo que no corresponda) HABER ALCANZADO UN ACUERDO RESPECTO DE APELLIDOS CON LOS QUE SE INSCRIBIRÁ A SU HIJO/A, A SABER:

APELLIDO/S: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE/S: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE 1

REPRESENTANTE 2

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

ESTADÍSTICA DATOS DE LA MADRE

Pertenecía/estaba asociado/a 1. Plan de salud privado/mutual  2. Obra social  3. Ambos  4. Ninguno   
 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción alcanzado? (Completar en casos de fallecidos de 14 años y más)  
 1. Nunca asistió  2. Primario  3. Secundario  4. Ciclos EGB (1°-2°)  5. Ciclos EGB (3°)  6. Polimodal  7. Superior/Universitario   
 ¿Completó ese nivel? 1. Si  2. No  ¿La madre convive en pareja? 1. Si  2. No  (Si la respuesta es Si, completar con los datos del padre o conviviente)

DATOS DEL PADRE/ CONVIVIENTE

¿Cuál es el máximo nivel de instrucción alcanzado?  
 1. Nunca asistió  2. Primario  3. Secundario  4. Ciclos EGB (1°-2°)  5. Ciclos EGB (3°)  6. Polimodal  7. Superior/Universitario   
 ¿Completó ese nivel? 1. Si  2. No   
 ¿Cuál es su situación laboral? 1. Trabaja/está de licencia  2. No trabaja/busca trabajo  3. No trabaja/No busca trabajo   
 ¿Cuál es el lugar de nacimiento del padre? a. En esta Ciudad   
 b. Otra Provincia  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 c. Otro País  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

DATOS DE LA FILIACIÓN MATRIMONIAL (si correspondiere)

FILIACIÓN MATRIMONIAL ACREDITADA CON PARTIDA  LIBRETA   
 ACTA \_\_\_\_\_ TOMO \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ OF. SECCIONAL \_\_\_\_\_  
 DATOS DE LA INSCRIPCIÓN DEL NACIMIENTO  
 FECHA DE INSCRIPCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ OF. SECCIONAL \_\_\_\_\_  
 ACTA \_\_\_\_\_ TOMO \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_ N° DE DNI ASIGNADO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FIRMA Y SELLO DEL INTERVINIENTE