

La salud
es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

1. NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

2. LUGAR DEL NACIMIENTO

Departamento: _____ Municipio: _____

3. ÁREA DE NACIMIENTO

 Cabecera Municipal Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserío) _____ Rural Disperso

4. SITIO DEL PARTO

 Institución de salud El domicilio Otro Sitio ¿Cuál? _____

5. INSTITUCIÓN DE SALUD

Código _____ Razón social: _____

6. SEXO DEL NACIDO VIVO

 Masculino Femenino Indeterminado

7. PESO DEL NACIDO VIVO, AL NACER

_____ Gramos

8. TALLA DEL NACIDO VIVO, AL NACER

_____ Centímetros

9. FECHA DEL NACIMIENTO

Año _____ Mes _____ Día _____

10. HORA DEL NACIMIENTO

Hora _____ Minutos _____ Sin establecer

11. EL PARTO FUE ATENDIDO POR

 Médico (a) Enfermero(a) Auxiliar de enfermería Promotor(a) de salud
 Partera Otra persona ¿Cuál? _____

12. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL NACIDO VIVO

_____ Semanas
 Sin establecer

13. NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES

_____ Consultas

14. TIPO DE PARTO DE ESTE NACIMIENTO

 Espontáneo Cesárea
 Instrumentado Ignorado

15. MULTIPLICIDAD DEL EMBARAZO

 Simple Doble
 Triple Cuádruple o más

16. APGAR DEL NACIDO VIVO

_____ Al minuto
_____ A los cinco minutos

17. HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO

Grupo sanguíneo A B Positivo
 O AB Factor RH Negativo

18. TAMIZAJE NEONATAL

¿Se tomó muestra de sangre del cordón umbilical? Sí
 No

19. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO

 Indígena ROM (gitano) Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia
 Palenquero de San Basilio Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
 Ninguno de los anteriores

¿A cuál pueblo indígena pertenece?

II. DATOS DE LOS PADRES DEL NACIDO VIVO

20. PAÍS DE NACIMIENTO DE LA MADRE

21. IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE - Tipo de documento

 Registro Civil Tarjeta de Identidad Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería
 Pasaporte Carné Diplomático Pasaporte de la ONU Permiso Especial de Permanencia
 Salvo Conducto de Permanencia Documento Extranjero Permiso de Protección Temporal Adulto sin Identificar
 Sin Información Otro ¿Cuál?: _____

22. NÚMERO DE DOCUMENTO

23. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

24. EDAD DE LA MADRE

_____ Años cumplidos

25. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE

 No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja
 Estaba separado(a), Divorciado(a) Estaba viudo(a) Estaba soltero(a) Estaba casado(a) Sin información

26. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE

 Preescolar Básica Primaria Básica Secundaria Media académica o Clásica Media Técnica
 Normalista Técnica Profesional Tecnológica Profesional Especialización
 Maestría Doctorado Ninguno Sin información Último año o grado aprobado _____

27. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE

País de residencia _____ Departamento _____ Municipio _____

28. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE

 Cabecera municipal Barrio: _____ Localidad o comuna: _____

Dirección: _____

 Centro Poblado (inspección, corregimiento o caserío): _____ Rural Disperso (vereda): _____

29. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS QUE HA TENIDO LA MADRE, INCLUIDO EL PRESENTE

_____ Hijos

30. FECHA DE NACIMIENTO DEL ANTERIOR HIJO NACIDO VIVO

Año _____ Mes _____ Día _____

31. NÚMERO DE EMBARAZOS, INCLUIDO EL PRESENTE

_____ Embarazos

32. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA MADRE

 Contributivo Subsidiado Excepción Especial No asegurado

34. EDAD DEL PADRE

_____ Años cumplidos

33. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECE LA MADRE:

35. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL PADRE

 Preescolar Básica Primaria Básica Secundaria Media académica o Clásica Media Técnica
 Normalista Técnica Profesional Tecnológica Profesional Especialización
 Maestría Doctorado Ninguno Sin información Último año o grado aprobado _____

III. DATOS DE QUIEN CERTIFICA AL NACIDO VIVO

36. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO - Tipo de documento

 Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería Pasaporte
 Permiso Especial de Permanencia Permiso de Protección Temporal

37. NÚMERO DE DOCUMENTO

38. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

39. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

 Médico (a) Enfermero(a) Auxiliar de enfermería
 Promotor(a) de salud Funcionario(a) de Registro Civil

40. REGISTRO PROFESIONAL

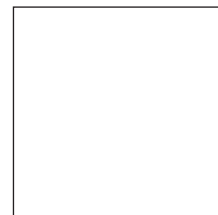
41. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: _____ Municipio: _____

FECHA

Año _____ Mes _____ Día _____

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO			
Departamento: _____		Municipio: _____	
ÁREA DEL NACIMIENTO			
<input type="checkbox"/> Cabecera Municipal		<input type="checkbox"/> Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserío)	<input type="checkbox"/> Rural Disperso
FECHA DEL NACIMIENTO		HORA DEL NACIMIENTO	
Año <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sin establecer
SEXO DEL NACIDO VIVO		HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indeterminado	Grupo sanguíneo <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB Factor RH Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE - Tipo de documento			NÚMERO DE DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería
<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Carné Diplomático	<input type="checkbox"/> Pasaporte de la ONU	<input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia
<input type="checkbox"/> Salvo Conducto de Permanencia	<input type="checkbox"/> Documento Extranjero	<input type="checkbox"/> Permiso de Protección Temporal	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificar
<input type="checkbox"/> Menor sin Identificar	<input type="checkbox"/> Sin Información	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?: _____	_____
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido _____		Segundo apellido _____	Primer nombre _____ Segundo nombre _____
DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO			
<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> ROM (gitano)	<input type="checkbox"/> Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia	
_____ ¿A cuál pueblo indígena pertenece?	<input type="checkbox"/> Palenquero de San Basilio	<input type="checkbox"/> Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente	
<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores			

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO - Tipo de documento			NÚMERO DE DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	<input type="checkbox"/> Pasaporte	_____
<input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia	<input type="checkbox"/> Permiso de Protección Temporal		
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido _____		Segundo apellido _____	Primer nombre _____ Segundo nombre _____
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO			REGISTRO PROFESIONAL
<input type="checkbox"/> Médico (a)	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería	_____
<input type="checkbox"/> Promotor(a) de salud	<input type="checkbox"/> Funcionario(a) de Registro Civil		
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			
Departamento: _____		Municipio: _____	
FECHA		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	
Año <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	_____

Borrador