

Estadística del Movimiento Natural de la Población

Boletín Estadístico de Parto

Nacimientos y abortos



Datos de la inscripción (A rellenar por el Encargado del Registro Civil)

Registro Civil n° _____

Municipio de _____

Provincia de _____

Inscripción realizada el día [] del mes [] del año []

Libro (s) []

Tomo (s) []

Página (s) []

En caso de aborto, incorporado al legajo de abortos el día [] del mes [] del año []

Los datos recogidos en el Cuestionario para la declaración de nacimiento del Registro Civil que también figuren en este boletín, serán transmitidos a los Ayuntamientos para dar de alta al recién nacido en el Padrón Municipal de Habitantes (artículo 79.2 del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales)

Los datos de los apartados siguientes serán consignados por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto, o, en su defecto, por el Encargado del Registro Civil. Señale, por favor, con una X el recuadro correspondiente. (Se ruega escribir con mayúsculas. No escriba en los espacios sombreados).

1. Datos del parto

Fecha del parto: día mes año

Municipio donde ocurrió el parto

Provincia

Nº de semanas cumplidas de gestación

Lugar del parto: Domicilio particular 1
Centro sanitario 2
Otro lugar 3

¿El parto fué asistido por personal sanitario? (médico, comadrona, A.T.S.) Si 1
No 2

Multiplicidad: Sencillo 1
Doble 2
Triple 3
Cuádruple o más 4

Maturidad: A término 1
Prematuro 2

Normalidad: Normal 1
Distócico (con complicaciones) 2

2. Datos de la madre

Nombre

1º Apellido

2º Apellido

D.N.I. Fecha de nacimiento: día mes año

Profesión, oficio u ocupación principal*

Nacionalidad

Residencia** : Municipio o país si es en el extranjero

Provincia

Domicilio: calle/plaza/avda. etc. nº

escalera planta puerta

Número de hijos que ha tenido contando este parto

¿Cuántos de ellos nacieron con vida?

El hijo anterior a este parto nacido con vida, nació el día del mes del año

¿Está casada? Si 1
No*** 2

¿Está casada en primeras nupcias? Si 1
No 2

Fecha del actual matrimonio día mes año

3. Datos del padre

Nombre

1º Apellido

2º Apellido

D.N.I. Fecha de nacimiento: día mes año

Profesión, oficio u ocupación principal*

Nacionalidad

Residencia** : Municipio o país si es en el extranjero

Provincia

Domicilio: calle/plaza/avda. etc. nº

escalera planta puerta

* Si es jubilado/a, retirado/a o pensionista, indíquese la profesión ejercida anteriormente.
** Si es residente en España, se indicará el municipio en el que figura empadronado/a o, de no conocerse éste, el de la última residencia. Si es residente en el extranjero, se indicará únicamente el país de residencia.
*** Si la respuesta a esta pregunta es NO, pasar al apartado 3 (Datos del padre).

4. Datos del nacimiento o del aborto (Se rellena un apartado por cada nacido vivo o muerto)

1. Datos del primer nacido

Nombre _____
 1º Apellido _____
 2º Apellido _____

Sexo Varón _____ 1
 Mujer _____ 6

Nació Vivo _____ 1
 Muerto _____ 2

Vivió más de 24 horas Si _____ 1
 No _____ 2

Peso en gramos _____

Si nació muerto o vivió menos de 24 horas, indique la causa fundamental del aborto o de la muerte
 (Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa materna o del parto _____

Causa del feto o del recién nacido _____

2. Datos del segundo nacido (en caso de parto múltiple)

Nombre _____
 1º Apellido _____
 2º Apellido _____

Sexo Varón _____ 1
 Mujer _____ 6

Nació Vivo _____ 1
 Muerto _____ 2

Vivió más de 24 horas Si _____ 1
 No _____ 2

Peso en gramos _____

Si nació muerto o vivió menos de 24 horas, indique la causa fundamental del aborto o de la muerte
 (Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa materna o del parto _____

Causa del feto o del recién nacido _____

3. Datos del tercer nacido (en caso de parto múltiple)

Nombre _____
 1º Apellido _____
 2º Apellido _____

Sexo Varón _____ 1
 Mujer _____ 6

Nació Vivo _____ 1
 Muerto _____ 2

Vivió más de 24 horas Si _____ 1
 No _____ 2

Peso en gramos _____

Si nació muerto o vivió menos de 24 horas, indique la causa fundamental del aborto o de la muerte
 (Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa materna o del parto _____

Causa del feto o del recién nacido _____

Sello del Registro Civil

Firma del declarante*

Firma del médico**

Médico colegiado con el nº _____

* Indíquese debajo de la firma, el parentesco con los nacidos

** Cuando se trate de un nacido muerto o fallecido antes de las 24 horas

NOTA: Si el número de nacidos, en el parto, es superior a tres se cumplimentará un segundo boletín con los datos de inscripción y los datos del cuarto, quinto, etc... nacido.