

a. Compare los temas prioritarios recomendados  
Vs Formularios de CD y CNV

1) Certificado de nacido vivo (CNV)

### DATOS DEL EMBARAZO

Tipo de Embarazo: Simple  Múltiple  Multiplicidad del Embarazo: \_\_\_\_\_  
Semana de embarazo en la 1ª consulta: \_\_\_\_\_ Total de consultas prenatales: \_\_\_\_\_ Cantidad de embarazos anteriores: \_\_\_\_\_  
¿Convive actualmente con el padre? Sí  No   
¿Cuál es el vínculo con el padre? Casamiento Civil  Unión Libre

### DATOS DEL PARTO

Lugar dónde ocurrió el Parto (especificar el que corresponda):  
 Centro Asistencial  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Otro lugar: \_\_\_\_\_  
¿A cargo de quién estuvo la atención durante el parto?: Médico  Partera  Otro  \_\_\_\_\_  
Fecha de Parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora del Parto: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
Tipo de Parto: Vaginal  Cesárea Anteparto  Cesárea Intraparto   
Maniobras manuales: Fórceps: Sí  No   
Vacuum: Sí  No   
Otra: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Sexo: Masculino  Femenino  Indefinido  Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_  
Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ gramos  
Semanas de Gestación: \_\_\_\_\_  
Orden del Nacimiento (en caso de ser embarazo múltiple): \_\_\_\_\_  
APGAR 1 (Al minuto 1): \_\_\_\_\_  
APGAR 2 (A los 5 minutos): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
1º Nombre \_\_\_\_\_ 2º Nombre \_\_\_\_\_



# CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

De acuerdo con las definiciones internacionales (Organización Mundial de la Salud), NACIMIENTO VIVO es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de dicha separación respire o de otra señal de vida, tal como palpitations de corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria tanto sea cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta, cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un niño vivo.

Todas las criaturas nacidas vivas deberán ser inscriptas y contadas como tales, sea cual fuere el periodo de gestación y estén vivas o muertas en el momento de la inscripción, las que mueran en cualquier momento posterior al nacimiento deben además ser inscriptas y contadas como defunciones.

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - UNIDAD DE INFORMACIÓN NACIONAL EN SALUD

## DATOS DE LA MADRE

### DATOS PERSONALES DE LA MADRE

Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
 N° de documento: \_\_\_\_\_  
 País Emisor: \_\_\_\_\_  
 1º Nombre: \_\_\_\_\_  
 2º Nombre: \_\_\_\_\_  
 1º Apellido: \_\_\_\_\_  
 2º Apellido: \_\_\_\_\_

### ESTADO CIVIL

Soltera   
 Casada   
 Divorciada   
 Viuda

### USUARIA/O DE: Especifique

ASSE   
 Mutualista   
 Sanidad Policial   
 Sanidad Militar   
 Seguro Parcial   
 Particular   
 Asig. Familiares   
 Otro

### LUGAR DE NACIMIENTO

País: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## CERTIFICADO N°:

## DATOS DEL PADRE

### DATOS PERSONALES DEL PADRE

Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
 N° de documento: \_\_\_\_\_  
 País Emisor: \_\_\_\_\_  
 1º Nombre: \_\_\_\_\_  
 2º Nombre: \_\_\_\_\_  
 1º Apellido: \_\_\_\_\_  
 2º Apellido: \_\_\_\_\_

### ESTADO CIVIL

Soltero  Casado   
 Divorciado  Viudo

### LUGAR DE NACIMIENTO

País: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ASCENDENCIA

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ASCENDENCIA

Afro o Negra   
Asiática o Amarilla   
Europea o Blanca   
Americana o Indígena   
Otra

### DOMICILIO

País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_  
Esquina: \_\_\_\_\_  
Otras Descripciones: \_\_\_\_\_  
Secc. Jud.: \_\_\_\_\_ Secc. Pol.: \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONTACTO DE LA MADRE

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### ESTUDIOS CURSADOS

¿Estudia actualmente? Sí  No   
¿Cuál es el mayor nivel alcanzado de educación?  
Ninguno   
Primaria   
Ciclo Básico   
Bachillerato   
Terciaria   
Último año aprobado en el mayor nivel alcanzado \_\_\_\_\_

### ASCENDENCIA

Afro o Negra   
Asiática o Amarilla   
Europea o Blanca   
Americana o Indígena   
Otra

### DOMICILIO

País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_  
Esquina: \_\_\_\_\_  
Otras Descripciones: \_\_\_\_\_  
Secc. Jud.: \_\_\_\_\_ Secc. Pol.: \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONTACTO DEL PADRE

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### ESTUDIOS CURSADOS

¿Estudia actualmente? Sí  No   
¿Cuál es el mayor nivel alcanzado de educación?  
Ninguno   
Primaria   
Ciclo Básico   
Bachillerato   
Terciaria   
Último año aprobado en el mayor nivel alcanzado \_\_\_\_\_



# CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

De acuerdo con las definiciones internacionales (Organización Mundial de la Salud), NACIMIENTO VIVO es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de dicha separación respire o de otra señal de vida, tal como palpitations de corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria tanto sea cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta, cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un niño vivo.

Todas las criaturas nacidas vivas deberán ser inscriptas y contadas como tales, sea cual fuere el periodo de gestación y estén vivas o muertas en el momento de la inscripción, las que mueran en cualquier momento posterior al nacimiento deben además ser inscriptas y contadas como defunciones.

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - UNIDAD DE INFORMACIÓN NACIONAL EN SALUD

## DATOS DE LA MADRE

### DATOS PERSONALES DE LA MADRE

Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
 N° de documento: \_\_\_\_\_  
 País Emisor: \_\_\_\_\_  
 1º Nombre: \_\_\_\_\_  
 2º Nombre: \_\_\_\_\_  
 1º Apellido: \_\_\_\_\_  
 2º Apellido: \_\_\_\_\_

### ESTADO CIVIL

Soltera   
 Casada   
 Divorciada   
 Viuda

### USUARIA/O DE: Especifique

ASSE   
 Mutualista   
 Sanidad Policial   
 Sanidad Militar   
 Seguro Parcial   
 Particular   
 Asig. Familiares   
 Otro

### LUGAR DE NACIMIENTO

País: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## CERTIFICADO N°:

## DATOS DEL PADRE

### DATOS PERSONALES DEL PADRE

Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
 N° de documento: \_\_\_\_\_  
 País Emisor: \_\_\_\_\_  
 1º Nombre: \_\_\_\_\_  
 2º Nombre: \_\_\_\_\_  
 1º Apellido: \_\_\_\_\_  
 2º Apellido: \_\_\_\_\_

### ESTADO CIVIL

Soltero  Casado   
 Divorciado  Viudo

### LUGAR DE NACIMIENTO

País: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ASCENDENCIA

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ASCENDENCIA

- Afro o Negra
- Asiática o Amarilla
- Europea o Blanca
- Americana o Indígena
- Otra

### ASCENDENCIA

- Afro o Negra
- Asiática o Amarilla
- Europea o Blanca
- Americana o Indígena
- Otra

### DOMICILIO

País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_  
Esquina: \_\_\_\_\_  
Otras Descripciones: \_\_\_\_\_  
Secc. Jud.: \_\_\_\_\_ Secc. Pol.: \_\_\_\_\_

### DOMICILIO

País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_  
Esquina: \_\_\_\_\_  
Otras Descripciones: \_\_\_\_\_  
Secc. Jud.: \_\_\_\_\_ Secc. Pol.: \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONTACTO DE LA MADRE

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONTACTO DEL PADRE

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### ESTUDIOS CURSADOS

¿Estudia actualmente? Sí  No   
¿Cuál es el mayor nivel alcanzado de educación?  
Ninguno   
Primaria   
Ciclo Básico   
Bachillerato   
Terciaria   
Último año aprobado en el mayor nivel alcanzado \_\_\_\_\_

### ESTUDIOS CURSADOS

¿Estudia actualmente? Sí  No   
¿Cuál es el mayor nivel alcanzado de educación?  
Ninguno   
Primaria   
Ciclo Básico   
Bachillerato   
Terciaria   
Último año aprobado en el mayor nivel alcanzado \_\_\_\_\_

# Temas que no se registran en el CNV Uruguayo

## Características del evento:

- ✓ Fecha de inscripción del nacimiento
- ✓ Zona urbana/ rural para lugar de nacimiento y residencia habitual de los padres

## Características de la madre:

- ✓ Hijo nacido dentro del matrimonio (legitimidad)
- ✓ Tiempo de residencia en el lugar habitual
- ✓ Condición de migrante

# Temas que no se registran en el CNV

## Uruguayo

- ✓ Hijos nacido vivos que ha tenido la madre durante toda su vida
- ✓ Paridez
- ✓ Defunciones fetales que a tenido la madre durante toda su vida
- ✓ Fecha de nacimiento vivo anterior al último
- ✓ Intervalo desde el nacimiento vivo anterior al último
- ✓ Fecha de matrimonio
- ✓ Duración del matrimonio



Compare los temas prioritarios recomendados  
Vs Formularios de CD y CNV

2) Certificado de defunción (CD)

**C- CERTIFICADO MÉDICO (A SER LLENADO POR EL MÉDICO CERTIFICADOR)**

**C.1 DÍA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN**

La defunción que se certifica se constató el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ a la hora \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hh:mm)

**C.2 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:** Definición de la Causa Básica: (a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal

Intervalo entre  
inicio de  
enfermedad y  
muerte

El espacio de esta  
columna debe  
dejarse en blanco

**PARTE I**

**A)** Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente

**A**

(Debido a/o como consecuencia de)

**B) y C)** Causas que precedieron. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada.

**B**

(Debido a/o como consecuencia de)

**C**

No escriba aquí  
↓

**PARTE II**

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionadas directamente con la enfermedad o condición morbosa mencionada en A)

**C.3 - LLENAR ÚNICAMENTE EN CASO DE FALLECIDOS MENORES DE 1 AÑO (Para fallecidos entre 7 y 364 días)**

Edad: Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Multiplicidad del embarazo: \_\_\_\_\_ Orden al nacer: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ g

Nro. de embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ Nacidos vivos: \_\_\_\_\_ Nacidos muertos: \_\_\_\_\_ Muertos después de nacer: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Embarazo controlado: SI  NO  Edad gestacional en la 1° consulta: \_\_\_\_\_ Consultas prenatales: 1° trim. \_\_\_\_\_ 2° trim. \_\_\_\_\_ 3° trim. \_\_\_\_\_

Anomalías fetales: SI  NO  Tipo de parto: Vaginal  Cesárea  Maniobras  Especifique: \_\_\_\_\_

Duración estimada del embarazo (semanas): \_\_\_\_\_



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Dirección General de la Salud - División Epidemiología  
Unidad de Información Nacional en Salud - Estadísticas Vitales

Nº 000000

*Complétese para defunciones de personas de 7 días o más de vida*

## A- IDENTIFICACIÓN Y DATOS PERSONALES DEL FALLECIDO

País emisor del documento \_\_\_\_\_ Tipo de documento \_\_\_\_\_ N° documento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Credencial \_\_\_\_\_ Usuario de (nombre institución) \_\_\_\_\_ Sexo F  M  Estado civil \_\_\_\_\_

Etnia: Europea/Blanca  Afro/Negra  Americana/Indígena  Asiática/Amarilla  Otra

País de nacimiento \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad (años) \_\_\_\_\_ se ignora

¿Estudiaba al momento de la defunción? SI  NO  Se ignora  Especifique mayor nivel alcanzado: Primaria  Secundaria  Terciaria  Sin Educación

¿Cuál fue el último año aprobado en el mayor nivel alcanzado? \_\_\_\_\_ Ocupación: Activo  Pasivo  Desocupado  Se ignora

### A.1 RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO

País \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_

Barrio \_\_\_\_\_ Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_ Complejo \_\_\_\_\_ Senda \_\_\_\_\_ Bloque \_\_\_\_\_

## B- LUGAR DE DEFUNCIÓN

Lugar de ocurrencia: Centro Asistencial  (nombre) \_\_\_\_\_ Domicilio  Vía Pública  Otro  \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_

Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_

¿Llegó sin vida al centro asistencial? SI  NO

**C- CERTIFICADO MÉDICO (A SER LLENADO POR EL MÉDICO CERTIFICADOR)****C.1 DÍA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN**

La defunción que se certifica se constató el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ a la hora \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (hh:mm)

**C.2 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:** Definición de la Causa Básica: (a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal

Intervalo entre inicio de enfermedad y muerte

El espacio de esta columna debe dejarse en blanco

**PARTE I****A)** Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente**A**

(Debido a/o como consecuencia de)

**B) y C)** Causas que precedieron. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada.**B**

(Debido a/o como consecuencia de)

**C**No escriba aquí  
↓**PARTE II**

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionadas directamente con la enfermedad o condición morbosa mencionada en A)

**C.3 - LLENAR ÚNICAMENTE EN CASO DE FALLECIDOS MENORES DE 1 AÑO (Para fallecidos entre 7 y 364 días)**

Edad: Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Multiplicidad del embarazo: \_\_\_\_\_ Orden al nacer: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ g

Nro. de embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ Nacidos vivos: \_\_\_\_\_ Nacidos muertos: \_\_\_\_\_ Muertos después de nacer: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Embarazo controlado: SI  NO  Edad gestacional en la 1° consulta: \_\_\_\_\_ Consultas prenatales: 1° trim. \_\_\_\_\_ 2° trim. \_\_\_\_\_ 3° trim. \_\_\_\_\_Anomalías fetales: SI  NO  Tipo de parto: Vaginal  Cesárea  Maniobras  Especifique: \_\_\_\_\_

Duración estimada del embarazo (semanas): \_\_\_\_\_

Duración estimada del embarazo (semanas): \_\_\_\_\_

#### C.4 LLENAR ÚNICAMENTE EN CASO DE MUERTE POR MOTIVOS EXTERNOS (SOLO CON FINES ESTADÍSTICOS)

**Indicar si fue por:** Accidente: Tránsito  Laboral  Otro \_\_\_\_\_

Violencia: Homicidio  Suicidio  Se ignora  Otro \_\_\_\_\_

Describir las circunstancias en que aconteció la muerte; ejemplo herida de arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, violencia doméstica, etc.

Si fue accidente de tránsito indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero etc.

Fecha (dd/mm/aaaa) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Lugar de ocurrencia \_\_\_\_\_

#### C.5 LLENAR ÚNICAMENTE EN CASO DE FALLECIMIENTO DE MUJER DE 10 A 49 AÑOS

1. No vinculado a un embarazo  2. Falleció durante el embarazo  3. Falleció en los 42 días siguientes al fin del embarazo

4. Falleció entre los 43 días y el año después de un embarazo  5. Se desconoce

#### D - INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

a- Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

b- Nombre de la intervención: \_\_\_\_\_

Se practicó autopsia: SI  NO

Autopsia: Clínica

Judicial

c- Causa por la que se operó: \_\_\_\_\_

TIMBRE/SELLO

Quando la defunción sea certificada en el ejercicio privado de la profesión, en este lugar se debe colocar e inutilizar el timbre que establece la Ley 12.128 de 13 de agosto de 1954 (CJPPU). Cuando la defunción haya ocurrido en el establecimiento público asistencial o de internación, debe ponerse el sello correspondiente en este espacio.

*El que suscribe Dr/a \_\_\_\_\_ C.I \_\_\_\_\_ Tel (Cel) \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_  
establece que los datos mencionados en el presente certificado que expide el (día) \_\_\_\_\_ del (mes) \_\_\_\_\_ de (año) \_\_\_\_\_  
tienen valor de declaración jurada N° CJP \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_*

**Datos a ser llenados por el Registro Civil:** Departamento \_\_\_\_\_ Secc. Judicial \_\_\_\_\_ N° de acta \_\_\_\_\_ Foja \_\_\_\_\_ Libro \_\_\_\_\_

Firma del Oficial de Estado Civil \_\_\_\_\_ Aclaración de firma: \_\_\_\_\_



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Dirección General de la Salud - División Epidemiología  
Unidad de Información Nacional en Salud - Estadísticas Vitales

Nº 000000

Complétese para defunciones de personas de 7 días o más de vida

## A- IDENTIFICACIÓN Y DATOS PERSONALES DEL FALLECIDO

País emisor del documento \_\_\_\_\_ Tipo de documento \_\_\_\_\_ N° documento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Credencial \_\_\_\_\_ Usuario de (nombre institución) \_\_\_\_\_ Sexo F  M  Estado civil \_\_\_\_\_

Etnia: Europea/Blanca  Afro/Negra  Americana/Indígena  Asiática/Amarilla  Otra

País de nacimiento \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / / Edad (años) se ignora

¿Estudiaba al momento de la defunción? SI  NO  Se ignora  Especifique mayor nivel alcanzado: Primaria  Secundaria  Terciaria  Sin Educación

¿Cuál fue el último año aprobado en el mayor nivel alcanzado? \_\_\_\_\_ Ocupación: Activo  Pasivo  Desocupado  Se ignora

### A.1 RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO

País \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_

Barrio \_\_\_\_\_ Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_ Complejo \_\_\_\_\_ Senda \_\_\_\_\_ Bloque \_\_\_\_\_

## B- LUGAR DE DEFUNCIÓN

Lugar de ocurrencia: Centro Asistencial  (nombre) \_\_\_\_\_ Domicilio  Vía Pública  Otro  \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_

Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_

¿Llegó sin vida al centro asistencial? SI  NO

## D - CERTIFICADO MÉDICO (A SER LLENADO POR EL MÉDICO CERTIFICADOR)

### D. 1 DATOS DE LA DEFUNCIÓN Y NACIMIENTO

DEFUNCIÓN FETAL DEFUNCIÓN NEONATAL 

Fecha de constancia de la defunción u óbito: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Hora de constancia de la defunción u óbito: \_\_\_:\_\_\_ (hh:mm)

Edad del neonato al fallecer: \_\_\_ días \_\_\_ hs \_\_\_ min Momento del óbito fetal: Antes  Durante  el trabajo de parto

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Hora de nacimiento: \_\_\_:\_\_\_ (hh:mm) Peso al nacer: \_\_\_\_\_ g

Multiplicidad de embarazo \_\_\_\_\_ Orden de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo F  M  Desconocido  Ambiguo 

### D. 2 LUGAR DE NACIMIENTO (EN CASO DE NEONATAL PRECOZ)

Lugar de nacimiento: Centro Asistencial  (nombre) \_\_\_\_\_ Domicilio  Otro  \_\_\_\_\_

País de nacimiento \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

### D.3 EMBARAZOS ANTERIORES Y ACTUAL

Nº Embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ Nacidos vivos: \_\_\_\_\_ Nacidos muertos: \_\_\_\_\_ Muertos después de nacer: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Fecha de última menstruación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Embarazo controlado: SI  NO 

Edad gestacional en la primera consulta (semanas): \_\_\_\_\_ Total de consultas prenatales: 1º trim. \_\_\_\_\_ 2º trim. \_\_\_\_\_ 3º trim. \_\_\_\_\_

### D.4 PARTO

Terminación del parto: Vaginal  Cesárea  Maniobras  Especifique: \_\_\_\_\_Duración estimada del embarazo (semanas): \_\_\_\_\_ Anomalías congénitas: SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN PERINATAL

Dirección General de la Salud - División Epidemiología  
Unidad de Información Nacional en Salud - Estadísticas Vitales

Nº 000000

Complétese para defunciones fetales y recién nacidos que fallecen antes de cumplir 7 días de vida

## A – IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (EN CASO DE NEONATAL PRECOZ)

País emisor del documento \_\_\_\_\_ Tipo de documento \_\_\_\_\_ N° de documento \_\_\_\_\_  
Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Usuario de (nombre institución) \_\_\_\_\_

## B – LUGAR DE DEFUNCIÓN

Lugar de ocurrencia: Centro Asistencial  (Nombre) \_\_\_\_\_ Domicilio  Vía pública  Otro  \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_  
Se ignora lugar de la defunción  ¿Llegó sin vida al centro asistencial? SI  NO

## C – IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES

### C. 1 IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

País emisor del documento: \_\_\_\_\_  
Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
Número de documento: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
País de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_

### C. 2 Residencia habitual de la madre:

País \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_

### C. 3 IDENTIFICACIÓN DEL PADRE

País emisor del documento: \_\_\_\_\_  
Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
Número de documento: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
País de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_  
No recuerda identificación

### C.4 Relación con la madre

¿Convive actualmente con la madre? SI  NO  Se ignora   
¿Cuál es el vínculo con la madre? Desconocido  Unión Libre   
Matrimonio civil  Otro \_\_\_\_\_



## D - CERTIFICADO MÉDICO (A SER LLENADO POR EL MÉDICO CERTIFICADOR)

### D. 1 DATOS DE LA DEFUNCIÓN Y NACIMIENTO

DEFUNCIÓN FETAL DEFUNCIÓN NEONATAL 

Fecha de constancia de la defunción u óbito: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Hora de constancia de la defunción u óbito: \_\_\_:\_\_\_ (hh:mm)

Edad del neonato al fallecer: \_\_\_ días \_\_\_ hs \_\_\_ min Momento del óbito fetal: Antes  Durante  el trabajo de parto

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Hora de nacimiento: \_\_\_:\_\_\_ (hh:mm) Peso al nacer: \_\_\_\_\_ g

Multiplicidad de embarazo \_\_\_\_\_ Orden de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo F  M  Desconocido  Ambiguo 

### D. 2 LUGAR DE NACIMIENTO (EN CASO DE NEONATAL PRECOZ)

Lugar de nacimiento: Centro Asistencial  (nombre) \_\_\_\_\_ Domicilio  Otro  \_\_\_\_\_

País de nacimiento \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

### D.3 EMBARAZOS ANTERIORES Y ACTUAL

Nº Embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ Nacidos vivos: \_\_\_\_\_ Nacidos muertos: \_\_\_\_\_ Muertos después de nacer: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Fecha de última menstruación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Embarazo controlado: SI  NO 

Edad gestacional en la primera consulta (semanas): \_\_\_\_\_ Total de consultas prenatales: 1º trim. \_\_\_\_\_ 2º trim. \_\_\_\_\_ 3º trim. \_\_\_\_\_

### D.4 PARTO

Terminación del parto: Vaginal  Cesárea  Maniobras  Especifique: \_\_\_\_\_Duración estimada del embarazo (semanas): \_\_\_\_\_ Anomalías congénitas: SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN PERINATAL

Dirección General de la Salud - División Epidemiología  
Unidad de Información Nacional en Salud - Estadísticas Vitales

Nº 000000

*Complétese para defunciones fetales y recién nacidos que fallecen antes de cumplir 7 días de vida*

## A – IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (EN CASO DE NEONATAL PRECOZ)

País emisor del documento \_\_\_\_\_ Tipo de documento \_\_\_\_\_ N° de documento \_\_\_\_\_  
Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Usuario de (nombre institución) \_\_\_\_\_

## B – LUGAR DE DEFUNCIÓN

Lugar de ocurrencia: Centro Asistencial  (Nombre) \_\_\_\_\_ Domicilio  Vía pública  Otro  \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_  
Se ignora lugar de la defunción  ¿Llegó sin vida al centro asistencial? SI  NO

## C – IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES

### C. 1 IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

País emisor del documento: \_\_\_\_\_  
Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
Número de documento: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
País de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_

### C. 2 Residencia habitual de la madre:

País \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_

### C. 3 IDENTIFICACIÓN DEL PADRE

País emisor del documento: \_\_\_\_\_  
Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
Número de documento: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
País de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_  
No recuerda identificación

### C.4 Relación con la madre

¿Convive actualmente con la madre? SI  NO  Se ignora   
¿Cuál es el vínculo con la madre? Desconocido  Unión Libre   
Matrimonio civil  Otro \_\_\_\_\_

## D - CERTIFICADO MÉDICO (A SER LLENADO POR EL MÉDICO CERTIFICADOR)

### D. 1 DATOS DE LA DEFUNCIÓN Y NACIMIENTO

DEFUNCIÓN FETAL DEFUNCIÓN NEONATAL 

Fecha de constancia de la defunción u óbito: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Hora de constancia de la defunción u óbito: \_\_\_:\_\_\_ (hh:mm)

Edad del neonato al fallecer: \_\_\_ días \_\_\_ hs \_\_\_ min Momento del óbito fetal: Antes  Durante  el trabajo de parto

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Hora de nacimiento: \_\_\_:\_\_\_ (hh:mm) Peso al nacer: \_\_\_\_\_ g

Multiplicidad de embarazo \_\_\_\_\_ Orden de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo F  M  Desconocido  Ambiguo 

### D. 2 LUGAR DE NACIMIENTO (EN CASO DE NEONATAL PRECOZ)

Lugar de nacimiento: Centro Asistencial  (nombre) \_\_\_\_\_ Domicilio  Otro  \_\_\_\_\_

País de nacimiento \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

### D.3 EMBARAZOS ANTERIORES Y ACTUAL

Nº Embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ Nacidos vivos: \_\_\_\_\_ Nacidos muertos: \_\_\_\_\_ Muertos después de nacer: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Fecha de última menstruación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Embarazo controlado: SI  NO 

Edad gestacional en la primera consulta (semanas): \_\_\_\_\_ Total de consultas prenatales: 1º trim. \_\_\_\_\_ 2º trim. \_\_\_\_\_ 3º trim. \_\_\_\_\_

### D.4 PARTO

Terminación del parto: Vaginal  Cesárea  Maniobras  Especifique: \_\_\_\_\_Duración estimada del embarazo (semanas): \_\_\_\_\_ Anomalías congénitas: SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN PERINATAL

Dirección General de la Salud - División Epidemiología  
Unidad de Información Nacional en Salud - Estadísticas Vitales

Nº 000000

Complétese para defunciones fetales y recién nacidos que fallecen antes de cumplir 7 días de vida

## A – IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (EN CASO DE NEONATAL PRECOZ)

País emisor del documento \_\_\_\_\_ Tipo de documento \_\_\_\_\_ N° de documento \_\_\_\_\_  
Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Usuario de (nombre institución) \_\_\_\_\_

## B – LUGAR DE DEFUNCIÓN

Lugar de ocurrencia: Centro Asistencial  (Nombre) \_\_\_\_\_ Domicilio  Vía pública  Otro  \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_  
Se ignora lugar de la defunción  ¿Llegó sin vida al centro asistencial? SI  NO

## C – IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES

### C. 1 IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

País emisor del documento: \_\_\_\_\_  
Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
Número de documento: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
País de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_

### C. 3 IDENTIFICACIÓN DEL PADRE

País emisor del documento: \_\_\_\_\_  
Tipo de documento: \_\_\_\_\_  
Número de documento: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
País de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_  
No recuerda identificación

### C. 2 Residencia habitual de la madre:

País \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
Manzana \_\_\_\_\_ Solar \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_

### C.4 Relación con la madre

¿Convive actualmente con la madre? SI  NO  Se ignora   
¿Cuál es el vínculo con la madre? Desconocido  Unión Libre   
Matrimonio civil  Otro \_\_\_\_\_

# Temas que no se registran en el CD Uruguayo

Características del evento (defunciones no fetales):

- ✓ Fecha y lugar de inscripción (en comprobantes)
- ✓ Tipo de certificación

Características del difunto

- ✓ Zona urbana/rural (localidad de residencia)

# Temas que no se registran en el CD fetal (perinatal) Uruguayo

Características del hecho (defunciones fetales):

- ✓ Fecha y lugar de inscripción (en comprobantes)
- ✓ Zona urbana/rural (localidad de ocurrencia)

Características de la madre

- ✓ Fecha de nacimiento vivo anterior al último
- ✓ Intervalo desde el nacimiento vivo anterior al último
- ✓ Fecha y duración del matrimonio
- ✓ Zona urbana/rural (residencia de la madre)

# Temas que no se registran en el CD fetal (perinatal) Uruguayo

## Características del padre

- ✓ Lugar de residencia habitual
- ✓ Localidad de residencia
- ✓ Zona urbana/rural (residencia del padre)

## b. Obstáculos para lograr cobertura completa de la inscripción de eventos vitales

- Existe evaluación de la cobertura de registro (2012) cuando se consideró completa la implantación del CNVe. Diferencia: total de nacimientos del sistema en línea y los comprobantes de inscripción que venían del registro civil. Resultado: omisión del 0,2% del registro (MSP, 2012)
- Existe evaluación de la cobertura de las estadísticas de nacimientos. Resultado subcobertura promedio 1996-2007, 2,5% (INE, 2013)



### c. Esfuerzos para evaluar calidad de las estadísticas vitales

- Medición evolutiva de las causas de muerte mal definidas e inespecíficas (capítulo R de la CIE 10), y códigos poco útiles definidos por OMS
- Identificación de los profesionales que más aportan a estos códigos (Forenses, 50% de sus certificados con códigos R)
- BIRMM en 2013 (se encontraron 2 defunciones además de las 9 MM, factor corrección 1.2)

d. 5 estrategias a adoptar para mejorar la calidad de la información de las estadísticas vitales I

- Validación de los microdatos de nacimientos 1996-2011 (INE/MSP)
- Publicación de los microdatos (oficiales) de nacimientos vía web, a disposición de los usuarios
- Causa de muerte investigada: con el fin de reducir los códigos mal definidos, se contrasta con otras fuentes de información (UNASEV, Programa MIL muerte súbita infantil, SIP, CHLCC)

d. 5 estrategias a adoptar para mejorar la calidad de la información de las estadísticas vitales II

- Difusión masiva del curso web para el correcto llenado del certificado de defunción.
- Bases de mortalidad y natalidad disponibles en línea a través de REDATAM web server.

Gracias