




Estadísticas Vitales

Obstáculos encontrados en la práctica al proveer información para el Anuario
Demográfico de la ONU

Instituto Nacional de Estadística, Guatemala

Guatemala, 31 agosto del 2016



Información general

Fuente:

- Registro Nacional de las Personas

Procesamiento y difusión de los datos:

- Instituto Nacional de Estadística

Usuarios:

- Nacionales e internacionales

Definiciones:

- Adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud, (Nacimientos y Defunciones)




Tabulación:

- Mortalidad, constituidos por categorías de tres caracteres

Informe de nacimiento

Obstáculos

- No se tiene la residencia urbana/rural de la madre
- Nacido vivo por duración de la gestación

 REPUBLICA DE GUATEMALA INFORME DE NACIMIENTO 	
<small>Note: debe llenarse en forma clara con letra de molde y tinta firme o a máquina todos los datos y firma para enter la devolución. No se aceptará con tachones ni abreviaturas.</small>	
I. Datos del que suscribe	Nombres y Apellidos: _____ Documento personal de identificación -CUI-/Cédula de vecindad: _____ No. Colegiado (si es profesional): _____ No. de Registro (si es conadrona): _____ Quién informa el nacimiento: <input type="checkbox"/> 1. Médico 2. Personal de enfermería 3. Personal institucional 4. Conadrona 5. Autoridad Local
II. Datos del lugar de nacimiento	1. DEPARTAMENTO: _____ 2. MUNICIPIO: _____ 3. DIRECCIÓN: _____ <small>(Siempre del nombre indique si es ciudad, pueblo, aldea, caserío o finca)</small> 4. LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> 1. Hospital público 2. Hospital privado 3. Centro de salud 4. Seguro social 5. Vía pública 6. Domicilio 7. Otro 8. Ignorado
III. Datos del niño (a) y del nacimiento	5. NOMBRE: _____ <small>Primer nombre Segundo nombre Tercer nombre Primer apellido Segundo apellido</small> 6. FECHA DE NACIMIENTO: _____ 7. HORA: _____ horas _____ minutos 8. SEXO: <input type="checkbox"/> 1. Hombre <small>Día Mes Año</small> <input type="checkbox"/> 2. Mujer 9. PESO AL NACER: _____ libras _____ onzas 10. TALLA: _____ centímetros 11. EDAD GESTACIONAL: _____ semanas 12. ANOMALÍAS CONGÉNITAS VISIBLES: <input type="checkbox"/> 1. SI 2. NO 13. TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> 1. Parto normal 14. NÚMERO DE HIJOS(A) NACIDOS(A) EN EL PARTO: _____ <input type="checkbox"/> 2. Cesárea 15. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: <input type="checkbox"/> 1. Médico 2. Personal de enfermería 3. Paramédico 4. Conadrona 5. Empléica 6. Ninguna 7. Ignorado
IV. Datos de la madre	17. NOMBRE: _____ <small>Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido Apellido de casado</small> 18. DOCUMENTO PERSONAL DE IDENTIFICACIÓN -CUI-/CÉDULA DE VECINDAD: _____ 19. EDAD: _____ años 20. NACIONALIDAD: _____ 21. OCUPACIÓN U OFICIO: _____ 22. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL: _____ <small>Ciudad Zona Municipio Departamento</small> 23. PUEBLO DE PERTENENCIA: <input type="checkbox"/> 1. Maya 2. Garífuna 3. Xinka 4. Mestizo / Ladino 5. Otro 24. ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> 1. Soltera 2. Casada 3. Unida 4. Viuda 5. Divorciada 6. Unión no declarada 25. ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/> 1. Ninguna 2. Primaria 3. Básico 4. Diversificado 5. Universitario
V. Datos del padre	26. NOMBRE: _____ <small>Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido</small> 27. DOCUMENTO PERSONAL DE IDENTIFICACIÓN -CUI-/CÉDULA DE VECINDAD: _____ 28. EDAD: _____ años 29. NACIONALIDAD: _____ 30. OCUPACIÓN U OFICIO: _____ 31. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL: _____ <small>Ciudad Zona Municipio Departamento</small> 32. PUEBLO DE PERTENENCIA: <input type="checkbox"/> 1. Maya 2. Garífuna 3. Xinka 4. Mestizo / Ladino 5. Otro 33. ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> 1. Soltero 2. Casado 3. Unido 4. Viudo 5. Divorciado 6. Unión no declarada 34. ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/> 1. Ninguna 2. Primaria 3. Básico 4. Diversificado 5. Universitario
BELLO INSTITUCIONAL Y/O PROFESIONAL  "Y para que se haga la inscripción respectiva en el Registro Nacional de las Personas, se emite el presente informe de nacimiento, en _____ a los _____ días del mes de _____ de dos mil _____ Firma de la persona que extiende el informe: _____"	
<small>Note: En caso de sacar más de un niño, debe llenarse un informe de nacimiento para cada uno, señalándole el orden en que haya nacido.</small>	

Informe de defunción

Obstáculos

- No se tiene la residencia urbana/rural del difunto(a)

República de Guatemala
INFORME DE DEFUNCIÓN
(INCLUYE DEFUNCIÓNES FETALES)

NOTA: Debe llenarse en forma clara con letra de imprenta y tinta azul o a máquina sobre los datos y firma para evitar la falsificación.

I. INFORMACIÓN GENERAL	1. Nombre (nombres y apellidos): _____ Documento personal de identificación - DPI - / Cédula de vecindad: _____ No. de colegado (si es médico): _____ Fecha, que el día _____ del mes de _____ de dos mil _____ a las _____ horas, en _____ (Lugar y ubicación) _____ falleció.		
II. DATOS DEL FALLECIDO(A)	2. NOMBRE: Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Tercer nombre _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____ 3. Si es mayor de edad _____ Si es menor de edad: Partida número _____ Folio número _____ (Cédula de vecindad / Cédula de nacimiento) Libro de nacimiento _____ CUI: _____ 4. Estado civil: 1. Casado(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Viuda(a) 5. Ignorado 5. Sexo: 1. Hombre 2. Mujer 3. No especificado 4. Otro 6. Estado civil: 1. Casado(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Viuda(a) 5. Ignorado 7. Lugar de nacimiento: 1. A. Que Pasa 2. B. Sanarate 3. C. Escuintla 4. D. Guatemala 5. E. Escuintla 6. F. Escuintla 7. Escuintla 8. Escuintla 9. Escuintla 8. RESIDENCIA HABITUAL: Dirección _____ Zona _____ Municipio _____ Departamento _____ 9. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO: _____ 10. ESCOLARIDAD (previa a los 6 años): 1. Ninguna 2. Primaria 3. Básico 4. Diversificado 5. Universitario 6. Ignorado 11. HUIÓ DE: _____ (País y nombre del país) 12. DE: _____ (País y nombre del país)		
III. CAUSA DE DEFUNCIÓN	13. SI LA MUERTE ES FETAL PASA A LA PARTE IV. DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL.		
IV. DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL	14. RESIDENCIA HABITUAL: Dirección _____ Zona _____ Municipio _____ Departamento _____ 15. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO: _____ 16. ESCOLARIDAD: 1. Ninguna 2. Primaria 3. Básico 4. Diversificado 5. Universitario 6. Ignorado 17. MURIO: 1. Antes del parto 2. Durante el parto 3. Después del parto 18. CLASE DE PARTO: 1. EMBRION 2. FETAL 3. DESHUSADO 4. VITELINO 5. VITELINO 6. VITELINO 7. VITELINO 8. VITELINO 9. VITELINO 19. CLASE DE DEFUNCIÓN FETAL: 1. Aborto 2. Cesárea 3. Deshuesado 4. Deshuesado 5. Deshuesado 6. Deshuesado 7. Deshuesado 8. Deshuesado 9. Deshuesado 20. CAUSA DEL MORTIPIO: _____ 21. MURIO: 1. Antes de la terminación del embarazo 2. Dentro de 28 días después de la terminación del embarazo 3. Dentro de 42 días siguientes a la terminación del embarazo 4. Antes de cumplir los 12 meses después de la terminación del embarazo		
V. OTROS DATOS DE LA DEFUNCIÓN	22. HUBO NECROPSIA: 1. Si 2. No 23. HUBO OPERACIÓN O PROCEDIMIENTO MÉDICO: 1. Si 2. No 24. ESPECIFIQUE COMO FUE: 1. Suicidio 2. Intoxicación 3. Accidente 4. Muerte natural 5. No determinado 25. SI FUE SUICIDIO O HOMICIDIO, INDIQUE LA CAUSA EXTERNA O EL ARMA QUE LO PRODUJO: _____ 26. SI FUE SUICIDIO O HOMICIDIO, INDIQUE LA CAUSA EXTERNA O EL ARMA QUE LO PRODUJO: _____ 27. SI FUE SUICIDIO O HOMICIDIO, INDIQUE LA CAUSA EXTERNA O EL ARMA QUE LO PRODUJO: _____ 28. TIPO DE ACCIDENTE (si aplica, incendio, caídas, etc.): _____ 29. CLASE DE ASISTENCIA RECIBIDA: 1. Médico 2. Paramédico 3. Curandero 4. Curandero 5. Curandero 6. Curandero 7. Curandero 8. Curandero 9. Curandero 30. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 1. Hospital Público 2. Hospital Privado 3. Centro de Salud 4. Seguro Social 5. Via Pública 6. Otro 31. ¿QUIÉN INFORMA LA DEFUNCIÓN?: 1. Médico 2. Paramédico 3. Curandero 4. Curandero 5. Curandero 6. Curandero 7. Curandero 8. Curandero 9. Curandero		
VI. OTROS DATOS DE LA DEFUNCIÓN	32. ESTABA ENFERMO/A CUANDO FALLECÍO: 1. Si 2. No 3. No determinado 33. HUBO NECROPSIA: 1. Si 2. No 34. HUBO OPERACIÓN O PROCEDIMIENTO MÉDICO: 1. Si 2. No 35. ESPECIFIQUE COMO FUE: 1. Suicidio 2. Intoxicación 3. Accidente 4. Muerte natural 5. No determinado 36. SI FUE SUICIDIO O HOMICIDIO, INDIQUE LA CAUSA EXTERNA O EL ARMA QUE LO PRODUJO: _____ 37. SI FUE SUICIDIO O HOMICIDIO, INDIQUE LA CAUSA EXTERNA O EL ARMA QUE LO PRODUJO: _____ 38. TIPO DE ACCIDENTE (si aplica, incendio, caídas, etc.): _____ 39. CLASE DE ASISTENCIA RECIBIDA: 1. Médico 2. Paramédico 3. Curandero 4. Curandero 5. Curandero 6. Curandero 7. Curandero 8. Curandero 9. Curandero 40. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 1. Hospital Público 2. Hospital Privado 3. Centro de Salud 4. Seguro Social 5. Via Pública 6. Otro 41. ¿QUIÉN INFORMA LA DEFUNCIÓN?: 1. Médico 2. Paramédico 3. Curandero 4. Curandero 5. Curandero 6. Curandero 7. Curandero 8. Curandero 9. Curandero		
SELO INSTITUCIONAL VVD PROFESIONAL	*Y para que se haga la inscripción respectiva en el Registro Nacional de las Personas, se emite el presente Informe de defunción. en _____ a las _____ horas del día _____ de dos mil _____ Firma de la persona que informa a RENAP: _____		

Obstáculos

Matrimonios

- No se tiene un formulario único para recopilar la información.
- No se tiene la residencia urbana/rural.
- No se tiene el estado civil anterior del hombre y de la mujer.

Divorcios

- No se tiene un formulario único para recopilar la información.
- No se tiene la residencia urbana/rural.

**Todos en una
misma dirección**



Desafío

¿Será factible recopilar, producir, analizar y difundir estadísticas confiables, oportunas, transparentes y eficientes, para facilitar la correcta toma de decisiones?