

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo

MANUAL DEL REGISTRADOR AUXILIAR
(Para el llenado de los certificados de nacimientos
vivos, defunciones y defunciones fetales)

Sección de Estadísticas Vitales
Junio de 2013

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo

GIOCONDA TORRES DE BIANCHINI
Contralora General

LUIS FELIPE ICAZA F.
Subcontralor General

EDWIN RAÚL HERRERA
Secretario General

DANIS P. CEDEÑO H.
Director

EDUARDO PALACIO CH.
Subdirector

YADIRA DEL C. ADAMES
Subdirectora

MIXELA AMAYA DE MAYORGA
Jefa del Departamento
de Estadística

FERNANDO GUTIÉRREZ M.
Jefe de la Sección de
Estadísticas Vitales

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo



MANUAL DEL REGISTRADOR AUXILIAR

Sección de Estadísticas Vitales
Junio de 2013

Introducción

El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República estima conveniente proporcionar a los registradores auxiliares del Registro Civil, este manual de instrucciones que contiene la manera correcta y sencilla de llenar los certificados de NACIMIENTO VIVO, DEFUNCIÓN Y DEFUNCIÓN FETAL, los cuales se utilizan para la elaboración de las estadísticas vitales del país.

El Registrador Auxiliar, tal como lo determina el Artículo 17 de la Ley 10 de 22 de enero de 2009, es un agente estadístico al servicio del INEC, que contribuye a la formación de las estadísticas nacionales y como tal, debe cumplir fielmente con las disposiciones que en este aspecto se le atribuya.

El Registrador Auxiliar es un funcionario muy importante en la recopilación de las estadísticas vitales, ya que le corresponde registrar administrativamente, la información de los hechos vitales con la calidad, excelencia, abnegación y responsabilidad que le caracteriza, y por tal motivo, lo felicitamos por la valiosa labor que realiza en beneficio de su comunidad y del país.

Este manual está destinado al uso de la Oficina de Registro y deberá tenerlo a mano, con el fin de consultar cualquier duda que se le presente; por lo tanto, en casos de cambios de registradores auxiliares por renunciaciones, despido o fallecimiento, deberá ser entregado junto con el material legal y estadístico, al nuevo funcionario que designe el Tribunal Electoral.

Para los registradores auxiliares que laboran en las instituciones de Salud, se utilizará el Manual del llenado correcto del Formulario Único de Parte Clínico de Nacimiento y Formulario Único de Parte Clínico de Defunción.

Índice

	Página número
Modelo del CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO.....	1
I. Nacimientos vivos.....	2
A. ¿Qué es un nacimiento vivo?.....	2
B. ¿Cuándo debe llenarse el certificado de nacimiento vivo?.....	2
C. Instrucciones para llenar el certificado de nacimiento vivo.....	2
Cuadro de NACIMIENTOS VIVOS DE REGISTRO TARDÍO EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA Y DISTRITO DE RESIDENCIA: AÑO 2010.....	11
Modelo del CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.....	12
II. Defunciones.....	13
A. ¿Qué es una defunción?.....	13
B. ¿Cuándo deben declararse las defunciones?.....	13
C. ¿Quiénes deben declarar las defunciones?.....	13
D. ¿A quiénes se deben declarar las defunciones?.....	13
E. ¿Cuándo debe llenarse el certificado de defunción?.....	13
F. Instrucciones para llenar el certificado de defunción.....	14
Cuadro de DEFUNCIONES DE REGISTRO TARDÍO EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA Y DISTRITO DE RESIDENCIA: AÑO 2010.....	20
Modelo del CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL.....	21
III. Defunciones fetales.....	22
A. ¿Qué es una defunción fetal?.....	22
B. ¿Cuándo debe informarse una defunción fetal?.....	22
C. ¿Quiénes deben informar una defunción fetal?.....	22
D. Instrucciones para llenar el certificado de defunción fetal.....	22
Cuadro de NACIMIENTOS VIVOS, DEFUNCIONES GENERALES Y DEFUNCIONES FETALES EN LA REPÚBLICA, POR PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA Y CIUDADES DE PANAMÁ Y COLÓN: AÑOS 2007-11.....	30
IV. Distribución de los certificados estadísticos.....	31
El Registrador auxiliar.....	33

(Lea las instrucciones al reverso)

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo

Nº 8501

CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO
(Use uno para cada niño que nace vivo)

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____ ACTA No.: _____

DATOS DEL NIÑO			
1. Nombre(s) y Apellido(s): _____			
2. Sexo:	3. Lugar de nacimiento:		4. Fecha de nacimiento:
Hombre... <input type="checkbox"/> 1	_____		Hora: _____
Mujer... <input type="checkbox"/> 2	_____		_____
	Distrito		_____
	Corregimiento	Lugar poblado	Día Mes Año

DATOS DEL PADRE	
5. Nombre(s) y Apellido(s): _____	6. Edad cumplida (años): _____
7. Ocupación actual: _____	

DATOS DE LA MADRE	
8. Nombre(s) y Apellido(s): _____	9. Edad cumplida (años): _____
10. Cédula No.: _____	12. Estado conyugal: Unida... <input type="checkbox"/> 1 Soltera... <input type="checkbox"/> 2
11. Residencia habitual (permanente): _____	Casada... <input type="checkbox"/> 3 Separada/Viuda... <input type="checkbox"/> 4
_____	12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño: _____
Distrito	_____
Corregimiento	Lugar poblado o barriada
13. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño):	14. Grado o año escolar más alto aprobado:
TOTAL _____	Ninguno... <input type="checkbox"/> 00 Universitaria... <input type="checkbox"/> Año
a. ¿Cuántos viven actualmente? _____	Primaria... <input type="checkbox"/> Grado Postgrado... <input type="checkbox"/> Año
b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron? _____	Secundaria... <input type="checkbox"/> Año Vocacional... <input type="checkbox"/> Año
c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos? _____	
¿Trabaja actualmente?	Fecha de nacimiento de la madre: _____
No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 →	_____
Dentro de la casa... <input type="checkbox"/> 1	¿Falleció? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fuera de la casa... <input type="checkbox"/> 2	

DATOS DEL PARTO	
15. Lugar donde ocurrió el nacimiento vivo:	17. Duración del embarazo: Semanas completas _____ Meses _____
a. Hospital o Institución de Salud: _____	18. Peso al nacer: Kilogramos _____ Libras _____ Onzas _____
(anote el nombre) <input type="checkbox"/> 1	
b. Otro lugar (especifica): _____ <input type="checkbox"/> 2	
16. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y Apellido(s) _____	19. Tipo de nacimiento: De un niño (singular) <input type="checkbox"/> 1
Médico... <input type="checkbox"/> 1	Mellizo... <input type="checkbox"/> 2 Trillizo... <input type="checkbox"/> 3 Cuatro o más... <input type="checkbox"/> 4
Enfermera <input type="checkbox"/> 2	a. Nació: Primero <input type="checkbox"/> 1 Segundo <input type="checkbox"/> 2 Tercero <input type="checkbox"/> 3
Obstetra... <input type="checkbox"/> 2	b. ¿Cuántos nacieron vivos? _____
Enfermera... <input type="checkbox"/> 3	c. ¿Cuántos nacieron muertos? _____
Auxiliar de Enfermería o Ayudante de Salud <input type="checkbox"/> 4	
Comadrona { Con adiestramiento... <input type="checkbox"/> 5	
{ Sin adiestramiento... <input type="checkbox"/> 6	
Otra... <input type="checkbox"/> 7	
(madre, amiga, vecina, etc.)	

DATOS DEL REGISTRO	
20. Fecha de la declaración: _____	21. Nombre del declarante: _____
_____	Parentesco con la madre del niño: _____
Día Mes Año	(esposa, cónyuge, etc.)
Firma del Registrador Auxiliar: _____	OBSERVACIONES: _____

Envíese a: Instituto Nacional de Estadística y Censo – Contraloría General de la República (dentro de los 8 días, después de ocurrido el nacimiento)

VÁLIDO SÓLO PARA FINES ESTADÍSTICOS – Artículo 55, ley 10 de 22-1-2009

I. Nacimientos vivos

A. ¿Qué es un nacimiento vivo?

“Es el resultado de la expulsión o extracción completa de un producto de la concepción del cuerpo de la madre, cualquiera que haya sido la duración del embarazo, que después de la separación respire o muestre cualquier otro signo de vida, como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya sido o no cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo”. (*Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, Revisión 2, Serie M19/Naciones Unidas, 2003*).

B. ¿Cuándo debe llenarse el certificado de nacimiento vivo?

En el caso de las oficinas del Registro Civil, el formulario estadístico denominado “Certificado de Nacimiento Vivo”, debe llenarse inmediatamente después de declarada la inscripción del nacimiento del niño, en presencia del declarante, ya que las preguntas de ambos documentos son distintas.

A pesar del esfuerzo que realiza la Dirección Nacional del Registro Civil, por medio de las direcciones regionales, oficinas distritales y registradores auxiliares, para reducir la cantidad de declaraciones tardías de los nacimientos vivos, muchas personas, especialmente en las áreas rurales del país y las comarcas indígenas, no dan la debida importancia a la declaración oportuna de estos hechos.

Ver cuadro donde se aprecian las cifras de declaraciones tardías de los nacimientos vivos ocurridos en el 2010, en la página 12.

C. Instrucciones para llenar el certificado de nacimiento vivo

Los datos deben escribirse con letra legible, preferiblemente imprenta y siguiendo el orden numérico de las preguntas. Las casillas sombreadas que aparecen en el certificado son para uso de la Oficina de Estadísticas Vitales. No se debe escribir allí ninguna información. Estos formularios están enumerados y se lleva un control de lo que se entrega a cada registrador. En caso de dañarse algún certificado estadístico, no romper ni botar, colocarle la palabra “anulado” y enviarlo a la oficina correspondiente del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

ENCABEZADO DEL FORMULARIO

(Lea las instrucciones
al reverso)

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo

CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO
(Use uno para cada niño que nace vivo)

Nº 8501

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____ ACTA No. _____

Antes de comenzar a llenar las preguntas del Certificado de Nacimiento Vivo, copie claramente en los espacios señalados, en la parte superior del certificado lo siguiente:

Provincia: Escriba el nombre de la provincia o comarca indígena donde está ubicada la Oficina del Registro Civil.

Lugar de registro: Anote la Dirección Regional u Oficina Distrital de Registro Civil o el corregimiento o lugar poblado donde está ubicada la Oficina del Registro Civil.

Acta No.: Escriba el número que anotó en el Acta de Nacimiento. Recuerde que al iniciar un nuevo año, debe comenzar con el Acta 1 y seguir la secuencia numérica hasta el 31 de diciembre.

DATOS DEL NIÑO (PREGUNTAS 1 A 4)

DATOS DEL NIÑO			
1. Nombre(s) y Apellido(s): _____			
2. Sexo:	3. Lugar de nacimiento:		4. Fecha de nacimiento:
Hombre.. <input type="checkbox"/> 1	_____		Hora: _____
Mujer..... <input type="checkbox"/> 2	_____		_____
	Corregimiento	Lugar poblado	Día Mes Año

- 1. Nombre(s) y apellido(s):** Escriba los nombres y apellidos del niño.
- 2. Sexo:** Marque con una "X" la casilla correspondiente, si es hombre o mujer.
- 3. Lugar de nacimiento:** Anote el distrito, corregimiento y lugar poblado donde ocurrió el nacimiento.
- 4. Fecha de nacimiento:** Anote en los espacios la hora, día, mes y año en que nació el niño. No use números ni abreviaturas para anotar el mes en que nació el niño, escriba el nombre completo del mes.

DATOS DEL PADRE (PREGUNTAS 5 A 7)

DATOS DEL PADRE	
5. Nombre(s) y Apellido(s): _____	6. Edad cumplida (años)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Ocupación actual: _____	

5. **Nombre(s) y apellido(s):** Escriba los nombres y apellidos completos del padre del niño. Cuando no se da a conocer el nombre del padre, escriba "no consta".
6. **Edad cumplida (años):** Anote el número de años que había cumplido el padre, al momento de nacer el niño. Tenga cuidado al preguntar la edad cumplida del padre cuando nació el niño, porque si no se hace bien la pregunta, el padre dirá su edad cumplida al momento de la declaración.
7. **Ocupación actual:** Anote el oficio o clase de trabajo que efectuaba el padre del niño al nacer este. Se refiere al trabajo remunerado en dinero o en especie. Si está desocupado o no trabaja, especifíquelo.

DATOS DE LA MADRE (PREGUNTAS 8 A 14)

DATOS DE LA MADRE	
<p>8. Nombre(s) y Apellido(s): _____</p>	<p>9. Edad cumplida (años): _____</p>
<p>10. Cédula No.: _____</p>	<p>12. Estado conyugal: Unida... <input type="checkbox"/> 1 Soltera... <input type="checkbox"/> 2 Casada... <input type="checkbox"/> 3 Separada/Viuda... <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>11. Residencia habitual (permanente): _____ Distrito _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barriada _____</p>	<p>12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño: _____ Mes _____ Año _____</p>
<p>13. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño): TOTAL _____ a. ¿Cuántos viven actualmente? _____ b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron? _____ c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos? _____</p>	<p>14. Grado o año escolar más alto aprobado: Ninguno... <input type="checkbox"/> 00 Universitaria... <input type="checkbox"/> ____ Año Primaria... <input type="checkbox"/> ____ Grado Postgrado... <input type="checkbox"/> ____ Año Secundaria... <input type="checkbox"/> ____ Año Vocacional... <input type="checkbox"/> ____ Año</p>
<p>¿Trabaja actualmente? No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 → { Dentro de la casa... <input type="checkbox"/> 1 Fuera de la casa... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Fecha de nacimiento de la madre: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ ¿Falleció? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

8. **Nombre(s) y apellido(s):** Escriba los nombres y apellidos completos de la madre del niño.
9. **Edad cumplida (años):** Anote el número de años que había cumplido la madre, al momento de nacer el niño. Tenga cuidado al preguntar la edad cumplida de la madre cuando nació el niño, ya que en muchas ocasiones la persona dice su edad cumplida al momento de la declaración.
10. **Cédula No.:** Anote el número de cédula de identidad personal. Si la madre es extranjera y aún no tiene cédula expedida por la Dirección Nacional de Cedulación del Tribunal Electoral, anote el número de pasaporte, si no tiene, entonces anote "extranjera" en el espacio respectivo. No anote el número de cédula de su país de origen.
11. **Residencia habitual (permanente):** Anote el distrito, corregimiento, lugar poblado o barriada donde reside la madre en forma permanente. Para las ciudades de Panamá y Colón indique además, el nombre de la calle o avenida y el número de casa.
12. **Estado conyugal:** Marque con una "X", la casilla correspondiente al estado conyugal de la madre, al momento del parto y en relación con el padre del niño:

Unida: Los padres del niño viven en unión marital sin estar casados legalmente, es decir, que no han contraído entre sí matrimonio civil ni religioso.

Soltera: La madre del niño nunca se ha casado legalmente ni ha vivido en unión marital estable con el padre del niño.

Casada: La madre ha contraído matrimonio (civil o religioso) y vive en ese estado con el padre del niño.

Separada/viuda: Marque esta casilla cuando, al momento del parto, la madre no vive con el padre del niño, por estar separados, divorciados o porque él haya muerto.

12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño: Si la madre es casada con el padre del niño, anote en el espacio correspondiente, el mes y año en que contrajeron matrimonio.

13. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño): Anote en las casillas, el total de hijos que ha tenido la madre incluyendo el niño al cual se le está llenando el certificado. Es decir, se incluyen todos los hijos que, al momento del parto del niño, estén vivos, hayan nacido vivos y muerto posteriormente, o fueron abortos o nacidos muertos.

Recuerde que esta pregunta se refiere a los hijos que ha tenido la madre del niño, **no se deben incluir los hijastros, ni los hijos adoptados.**

El total de hijos que ha tenido la madre, debe ser igual a la suma de lo anotado en los puntos a, b y c.

a. ¿Cuántos viven actualmente? : Anote en las casillas, el número de hijos que estuvieran vivos a la fecha en que ocurrió el nacimiento del niño al que se le está llenando el certificado. *Estas casillas nunca deben tener anotado cero (00).*

b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?: Anote en las casillas, el número de hijos que le nacieron vivos, pero que murieron a la fecha en que nació el niño al que se le está llenando el certificado.

Si a la madre no se le ha muerto ningún hijo después de haber nacido vivo, anote cero (00).

c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?: Anote en las casillas, el número de abortos o hijos que nacieron muertos, es decir, el número de hijos que al salir del vientre de la madre no respiraron ni mostraron ninguna otra señal de vida. Recuerde incluir los abortos espontáneos, etc., *ya que esta pregunta comprende todas las pérdidas de embarazos que ha tenido la madre.*

Si a la madre no le ha nacido ningún hijo muerto, anote cero (00).

Las preguntas a, b y c deben llenarse *considerando la fecha en que ocurrió el parto del niño que se está declarando*. Por ejemplo, en los casos de inscripciones tardías, si hoy se declara un nacimiento que ocurrió hace once meses, se tomarán en cuenta los hijos que estaban vivos, los que nacieron vivos y murieron, y los nacidos muertos o los abortos, al momento del nacimiento del niño que está declarando, es decir, hace once meses.

A continuación veremos un ejemplo de cómo debe llenarse la información en esta pregunta.

EJEMPLO:

Marta González, el 2 de mayo de 2013, dio a luz a su hijo. El 30 de mayo se presenta con su cónyuge en la oficina del registrador auxiliar para declarar el nacimiento. Ella dice que en la fecha que nació su hijo (2 de mayo), tenía otros 2 hijos vivos. Cuando se le pregunta si tuvo algún hijo que se le haya muerto, dice que hace dos años le falleció su bebé de dos meses. Además, afirma que tuvo un embarazo que terminó en aborto. Su esposo, Juan Bejerano tiene dos hijos de su pareja anterior y viven en la misma casa. ¿Qué información se anota en la pregunta 13?

13. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño)	
TOTAL.....	05
a. ¿Cuántos viven actualmente?.....	03
b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?.....	01
c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?...	01

14. Grado o año escolar más alto aprobado: Anote en la casilla correspondiente la clase de enseñanza, el número de grado o año más alto de estudios aprobados por la madre del niño. No use números romanos ni marque con un gancho (v). En el caso de que la madre nunca haya asistido a la escuela o no terminó el primer grado de primaria, marque con una equis (X) la casilla correspondiente a “Ninguno”. La información en el certificado debe anotarse de acuerdo a los siguientes rangos:

Ninguno:	Marque X	Universitaria:	01 a 06
Primaria:	01 a 06	Postgrado:	01 a 03
Secundaria:	07 a 12	Vocacional:	01 a 03

¿Trabaja actualmente?: Se refiere a si la madre realizaba algún trabajo por el cual era remunerada en dinero o en especie, y lo haya interrumpido temporalmente debido al embarazo y/o parto del niño.

Fecha de nacimiento de la madre: Anote el día, mes y año en que nació la madre del niño. Con esta información, *verifique que lo anotado en la pregunta 9 (edad de la madre) sea correcto.*

Si la información de la pregunta 9 no es correcta, táchela con una línea horizontal, y anote a un lado o arriba la que es correcta. Sin embargo, hay que evitar estas situaciones.

Ejemplo: Si la edad correcta no es 20 años, sino 19: **19**
—20—

¿Falleció? Marque la casilla correspondiente para indicar si la madre del niño murió o no, a consecuencia del parto.

Si la madre murió como consecuencia del parto, entonces recuerde que debe llenarse el certificado de defunción. Este caso es una muerte por causa materna y es de gran importancia el llenado del formulario estadístico.

DATOS DEL PARTO (PREGUNTAS 15 A 19)

DATOS DEL PARTO	
<p>15. Lugar donde ocurrió el nacimiento vivo:</p> <p>a. Hospital o Institución de Salud: _____ <input type="checkbox"/> 1 <small>(anote el nombre)</small></p> <p>b. Otro lugar (especifique): _____ <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>17. Duración del embarazo: Semanas completas <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/></p> <p>18. Peso al nacer: Kilogramos: _____ Libras: _____ Onzas: _____</p>
<p>16. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y Apellido(s)</p> <p>_____</p> <p>Médico..... <input type="checkbox"/> 1 Enfermera..... <input type="checkbox"/> 2 Obstetra..... <input type="checkbox"/> 2 Enfermera..... <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de Enfermería o Ayudante de Salud <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Comadrona { Con adiestramiento..... <input type="checkbox"/> 5 Sin adiestramiento..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra: _____ <input type="checkbox"/> 7 <small>(madre, amiga, vecina, etc.)</small></p>	<p>19. Tipo de nacimiento: De un niño (singular)..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mellizo... <input type="checkbox"/> 2 Trilizo... <input type="checkbox"/> 3 Cuatro o más... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>a. Nació: Primero <input type="checkbox"/> 1 Segundo <input type="checkbox"/> 2 Tercero <input type="checkbox"/> 3</p> <p>b. ¿Cuántos nacieron vivos?..... <input type="text"/></p> <p>c. ¿Cuántos nacieron muertos?..... <input type="text"/></p>

15. Lugar donde ocurrió el nacimiento vivo:

a. Hospital o Institución de Salud:

Cuando la persona que declara un nacimiento vivo, informa que la madre del niño, al momento del parto, fue atendida en un hospital, clínica o centro de salud, el registrador auxiliar marcará la casilla correspondiente y anotará el nombre de la institución.

b. En otro lugar (especifique):

En las áreas de difícil acceso de las regiones rurales de nuestro país, y en especial, las comarcas indígenas, generalmente los niños nacen en la casa de la madre, un pariente o vecino. En este caso, marque la casilla correspondiente y escriba en el espacio "casa particular".

16. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y apellido(s)

Escriba los nombres y apellidos de la persona que atendió el parto. Si el parto fue atendido por un médico, enfermera, enfermera obstetra, ayudante de salud o auxiliar de enfermería, comadrona con o sin adiestramiento, marque una de las casillas numeradas de 1 a 6. Si la persona que atendió el parto es la madre, abuela, tía, marido, amiga o vecina de la madre del niño, marque la casilla 7 que corresponde a "Otra" y especifique quién atendió el parto.

Si hubiese sido atendida conjuntamente por más de un profesional, por ejemplo, un médico y una enfermera o partera, se registrará el de mayor responsabilidad técnico profesional en el parto.

Ejemplo: Si la mujer fue atendida en el parto por una partera con experiencia, pero al mismo tiempo por un asistente o ayudante de salud, en el certificado se anota X en la casilla 4, ayudante de salud.

17. Duración del embarazo:

Anote en las casillas, el número de semanas completas o meses de gestación que la madre declare en este embarazo. **Anote una de las dos opciones: En semanas o en meses.**

La duración del embarazo se estima con base en los meses o semanas transcurridos entre el primer día del último período menstrual o regla mensual de la mujer, hasta el día de ocurrencia del parto.

Por lo general, la duración del embarazo es de nueve meses, sin embargo, se observa con frecuencia que hay de menos de ese tiempo, por lo que se debe solicitar al informante, la correcta duración del embarazo, en semanas o meses.

18. Peso al nacer:

Anote en estos espacios, cuánto pesó el niño al momento de nacer:

Si el nacimiento ocurrió en un hospital o institución de salud, el peso deberá aparecer en kilogramos o en libras y onzas.

Si el nacimiento ocurrió en "otro lugar" (en casa), la información deberá aparecer en libras y onzas solamente.

En los lugares en que las parteras o comadronas no disponen de una balanza o pesa y se dificulte obtener un peso exacto, se puede hacer una estimación aproximada del peso del niño. En este caso debe anotarse en el espacio destinado a "observaciones", que el peso declarado ha sido estimado.

19. Tipo de nacimiento:

Esta pregunta se refiere a la clase de parto. Señale con una "X" la casilla correspondiente:

De un niño (singular): casilla 1, cuando en el parto nació un solo niño. Continúe con la pregunta 20.

Mellizo: casilla 2, cuando en el parto nacen 2 niños.

Trillizo: casilla 3, cuando se trate de un parto de 3 niños.

Cuatro o más: cuando se trate de un parto múltiple donde nacieron 4 o más niños.

Si marca las casillas de mellizo, trillizo y cuatro o más, deberá responder las preguntas a, b y c.

Tenga presente que hay que llenar separadamente un formulario "Certificado de Nacimiento Vivo", para cada uno de los niños que nacieron vivos del mismo parto. Si son mellizos, llene dos certificados, uno para cada niño; si son trillizos, tres certificados, y así sucesivamente, pero debe comenzar por el niño que nació vivo primero:

- Si el certificado que llena es del niño que nació primero, indique con una "X" la casilla correspondiente a **Primero, la casilla 1.**

- Se marca la **casilla 2, Segundo**, si el certificado que se llena corresponde al niño que en el parto de mellizo, trillizo y cuatro o más, nació de segundo.
- Se marca la **casilla 3, Tercero**, si el certificado que se llena corresponde al niño que en el parto de tres o más, nació de tercero.
- Anote en **b**, el número de niños que nacieron vivos en el parto de mellizo, trillizo o de cuatro y más.
- Anote en **c**, el número de niños que nacieron muertos en el parto de mellizo, trillizo o de cuatro y más.

Nota: Para cada uno de los niños que en el parto nacieron muertos y que aparecen anotados en este punto c, llene un certificado de defunción fetal, siguiendo las instrucciones que se señalarán posteriormente en este manual.

Cuando se llenan los certificados de nacimientos vivos de mellizos, trillizos, etc., debe tenerse cuidado de anotar correctamente la información de la pregunta 13 (hijos que ha tenido la madre).

Ejemplo: Rosa De León dio a luz a mellizos. Los dos nacieron vivos. Ya tenía otros dos hijos vivos, ninguno se le ha muerto y no ha tenido abortos.

Preguntas:

1. ¿Qué certificados deben llenarse?

Respuesta: Dos certificados de nacimiento vivo.

2. ¿Cómo se llena la información de la pregunta 13 (hijos que ha tenido la madre) en el certificado del primer y segundo mellizo?

Respuestas:

Primer mellizo:	
TOTAL.....	03
a. ¿Cuántos viven actualmente?.....	03
b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?.....	00
c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?.....	00

Segundo mellizo:	
TOTAL.....	04
a. ¿Cuántos viven actualmente?.....	04
b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?.....	00
c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?.....	00

DATOS DEL REGISTRO Y OBSERVACIONES (PREGUNTAS 20 Y 21)

DATOS DEL REGISTRO	
20. Fecha de la declaración: _ _ _ _ _ _ Día Mes Año	21. Nombre del declarante: Parentesco con la madre del niño: _____ (esposa, cónyuge, etc.)
Firma del Registrador Auxiliar: _____	OBSERVACIONES: _____ _____ _____

Envíese a: Instituto Nacional de Estadística y Censo – Contraloría General de la República (dentro de los 8 días, después de ocurrido el nacimiento)

VÁLIDO SÓLO PARA FINES ESTADÍSTICAS – Artículo 55, ley 10 de 22-1-2009

20. Fecha de la declaración:

Anote el día, mes y año en que se efectuó la declaración del nacimiento vivo. No use números ni abreviaturas en el mes, escriba el nombre completo del mes.

21. Nombre del declarante:

Escriba el nombre y apellido de la persona que declara la inscripción del nacimiento y también el parentesco con la madre del niño, por ejemplo: esposo, cónyuge (marido o compañero), padre, tía, hermana, etc. Si la madre del niño hizo la declaración, entonces escriba: ella misma.

Firma del registrador auxiliar: En este espacio debe firmar el registrador auxiliar que recibe la declaración.

OBSERVACIONES: Escriba en este espacio, cualquiera explicación que sea necesaria para dar mayor claridad a la información contenida en el certificado.

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo

NACIMIENTOS VIVOS DE REGISTRO TARDÍO EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN PROVINCIA,
COMARCA INDÍGENA Y DISTRITO DE RESIDENCIA: AÑO 2010

Provincia, comarca indígena y distrito de residencia	Nacimientos vivos de registro tardío			Provincia, comarca indígena y distrito de residencia	Nacimientos vivos de registro tardío		
	Total	Hombres	Mujeres		Total	Hombres	Mujeres
TOTAL.....	833	395	438	HERRERA.....	2	2	-
BOCAS DEL TORO.....	38	17	21	Chitré.....	1	1	-
Bocas del Toro.....	7	4	3	Ocú.....	1	1	-
Chanquinola.....	27	11	16	PANAMÁ.....	26	11	15
Chiriquí Grande.....	4	2	2	Capira.....	1	-	1
COCLÉ.....	8	3	5	Chame.....	1	-	1
Aquadulce.....	1	-	1	Chepo.....	13	8	5
Antón.....	1	-	1	Chimán.....	2	-	2
La Pintada.....	2	2	-	La Chorrera.....	4	1	3
Olá.....	1	-	1	Panamá.....	4	2	2
Penonomé.....	3	1	2	San Miguelito.....	1	-	1
COLÓN.....	14	7	7	VERAGUAS.....	34	14	20
Colón.....	3	2	1	Atalaya.....	1	1	-
Chagres.....	1	1	-	Cañazas.....	3	1	2
Donoso.....	10	4	6	Las Palmas.....	1	1	-
CHIRIQUÍ.....	12	4	8	Santa Fe.....	29	11	18
Barú.....	2	1	1	COMARCA KUNA YALA.....	16	5	11
Boquerón.....	1	-	1	COMARCA EMBERÁ.....	18	5	13
Boquete.....	1	-	1	Cémaco.....	13	4	9
Dolega.....	1	-	1	Sambú.....	5	1	4
Renacimiento.....	3	2	1	COMARCA NGÄBE BUGLÉ.....	639	308	331
San Lorenzo.....	1	-	1	Besiko.....	84	40	44
Tolé.....	3	1	2	Mirono.....	69	35	34
DARIÉN.....	26	19	7	Müna.....	74	35	39
Chepigana.....	21	15	6	Nole Duima.....	50	23	27
Pinogana.....	5	4	1	Ñürüm.....	15	9	6
				Kankintú.....	245	119	126
				Kusapín.....	102	47	55

NOTA: Estas cifras no están incluidas en los cuadros de la publicación de Estadísticas Vitales, Volumen II - Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales del 2011, ya que los certificados se recibieron posteriormente a lo establecido como fecha de cierre del año estadístico (31 de mayo de 2011).

Excluye la provincia de Los Santos y los distritos en los cuales no se registró información.

- Cantidad nula o cero

Ver instrucciones al reverso de la última página

REPÚBLICA DE PANAMÁ
 CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
 Instituto Nacional de Estadística y Censo
 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____ ACTA No. _____

A. DATOS GENERALES

1. Nombre(s) y Apellido(s) _____

2. Sexo: Hombre 1 Mujer 2

3. Cédula No.: _____

4. S.S. No.: _____

5. Ocupación: _____

6. Edad cumplida: 4 _____ Años

Si es menor de un año..... 3 _____ Meses

Si es menor de un mes..... 2 _____ Días

Si es menor de un día..... 1 _____ Horas

Si es menor de una hora..... 0 _____ Minutos

7. Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

8. Fecha de la Muerte: Hora: _____

Día _____ Mes _____ Año 200 _____

9. Estado Conyugal:

Soltero(a) 1 Separado(a) Divorciado(a) 4

Unido(a) 2 Viudo(a) 5

Casado(a) 3 Menor de 15 años 6

10. Lugar de la Muerte: _____

Domicilio _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barrada _____ Hospital o institución _____

11. Residencia Habitual: _____

Domicilio _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barrada _____

B. DEFUNCIÓN DE MENORES DE UN AÑO

12. Datos del Nacimiento:

a. Lugar donde nació el niño: Hospital o institución 1 En otro lugar 2

b. Persona que atendió el parto: Médico 1 Ayudante de Salud o Enfermera 2 Auxiliar de Enfermería 4 Obstetra 3 Comadrona 5 Enfermera 3 Otra 6

c. Duración del embarazo: Semanas completas de gestación _____ Meses _____

d. Peso al nacer: _____ Kilogramos _____ Libras _____ Onzas _____

13. Datos de la Madre del Niño:

Nombre(s) y Apellido(s) _____

a. Edad cumplida: _____ Años

b. Estado Conyugal: Soltera 1 Unida 2 Casada 3 Otro 4

c. Hijos que ha tenido _____

d. Grado o año escolar más alto aprobado: Ningún grado 0 Vocacional 3 Primaria 1 Universitaria/ Secundaria 2 Post grado 4

C. CAUSA PROBABLE DE MUERTE
 (Si se sabe o puede no hay Médico que certifique la muerte)

14. Síntomas de la enfermedad que presentaba la persona: _____

15. Causa probable de muerte: _____

16. ¿En esta enfermedad recibió asistencia médica? Sí No

16a. Nombre de la Institución o del Médico que atendió a la persona: _____

17. Si era mujer: ¿Estuvo embarazada los últimos 42 días? Sí No (coteje a 17a.)

¿Los últimos 12 meses? Sí No (coteje a 17a.)

17a. La mujer presentó: a. Hemorragias b. Convulsiones c. Fiebre d. Otro _____ (especificar)

Parto Antes del Durante el Después del Aborto

D. CERTIFICADO MÉDICO
 (Solo para ser llenado por un Médico - estrictamente confidencial)

18. CAUSA DE MUERTE: (Anoto una causa por línea a, b, y c.)

I. ENFERMEDAD O ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE:

Anoto en a, la enfermedad, lesión o complicación que causó la muerte y no la manera o modo de morir como: debilidad cardíaca, asenia, etc.

Causas antecedentes o estados morbosos en b, y c., si existiera alguno, que originaron la causa arriba consignada, mencionándose en c., la causa básica o fundamental

a. _____ (debida a, o como consecuencia de b.)

b. _____ (debido a, o como consecuencia de c.)

c. _____ (causa básica o fundamental)

II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD SEÑALADA EN C.

19. ¿Esta defunción estuvo asociada a un embarazo? Sí No

20. ¿La causa de muerte certificada fue confirmada por autopsia? Sí No

21. Si fue operado, causa que motivó la operación: _____ Fecha _____

22. Si la muerte se debió a factores externos, especifique si fue: a. Accidente Suicidio Resaca En investigación b. Fecha de la lesión: _____ c. Lugar donde ocurrió la lesión (calle, casa, finca, etc.): _____ d. ¿Cómo se produjo la lesión? _____ e. ¿La lesión se produjo mientras trabajaba? Sí No

23. Certifico que atendí al difunto(a) desde: El día _____ mes _____ de _____ Hasta el día _____ mes _____ de 200 _____

24. Médico(a): Nombre(s) y Apellido(s) _____

Código _____ Registro _____ Firma: _____

C. Muerte

Certificación

E. DATOS DE LA DECLARACIÓN

25. Nombre de el/la declarante: _____ Parentesco con el/la difunto(a) _____

26. Fecha de la declaración: _____ Firma de el/la Registrador(a) Auxiliar: _____

OBSERVACIONES: _____

ENVÍESE A: Contraloría General de la República - Instituto Nacional de Estadística y Censo (Dentro de los 8 días, después de ocurrida la defunción)

VALIDO SOLO PARA FINES ESTADISTICOS- (Artículo 55, Ley 10 de 22-01-2009)

II. Defunciones

A. ¿Qué es una defunción?

“Es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que fuere el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación postnatal de las funciones vitales sin posibilidades de reanimación)”. (*Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, Revisión 2, Serie M19/Naciones Unidas, 2003*).

B. ¿Cuándo deben declararse las defunciones?

Según disposición contenida en el Artículo 62 de la Ley 31 de 25 de junio de 2006 (que regula el registro de los hechos vitales y reorganiza la Dirección Nacional del Registro Civil), *las defunciones deben declararse dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes de ocurrido el hecho*.

C. ¿Quiénes deben declarar las defunciones?

De acuerdo a la Ley 31, Artículo 62, puede hacerlo el cónyuge, los parientes del difunto o cualquier persona o autoridad competente que tenga conocimiento del hecho del fallecimiento.

D. ¿A quiénes se deben declarar las defunciones?

Deben declararse ante los Oficiales del Registro Civil.

E. ¿Cuándo debe llenarse el certificado de defunción?

El Certificado de Defunción debe llenarse *inmediatamente después de declarada la inscripción de la defunción* correspondiente y en presencia de la persona que declara el hecho, ya que las preguntas que contiene el formulario no son las mismas que las del Acta de Defunción.

Por cada defunción declarada ante el registrador auxiliar, este deberá llenar el formulario estadístico CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

Siempre que se declare una defunción sin certificación médica (ocurrida en casa, calle, etc.), se deberá llenar el Certificado de Defunción en duplicado.

A pesar del esfuerzo que realiza la Dirección Nacional del Registro Civil, por medio de las direcciones regionales, oficinas distritales y registradores auxiliares por reducir la cantidad de declaraciones tardías de las defunciones, muchas personas, especialmente en las áreas rurales del país y en las comarcas indígenas, no dan la debida importancia a la declaración oportuna de estos hechos.

Ver cuadro donde se aprecian las cifras de declaraciones tardías de defunciones ocurridas en el 2010, en la página 21.

F. Instrucciones para llenar el certificado de defunción.

Los datos deben escribirse con tinta legible, preferiblemente imprenta y siguiendo el orden numérico de las preguntas. Las casillas sombreadas que aparecen en el certificado son para uso de la Oficina de Estadísticas Vitales. No se debe escribir allí ninguna información.

ENCABEZADO DEL CERTIFICADO

Ver instrucciones al reverso de la última página

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____ ACTA No. _____

Antes de comenzar a llenar las preguntas del Certificado de Defunción, anote claramente en los espacios señalados en la parte superior del certificado lo siguiente:

Provincia: Escriba el nombre de la provincia o comarca indígena, donde está ubicada la Oficina de Registro.

Lugar de registro: Anote la Dirección Regional u Oficina Distrital de Registro Civil o el corregimiento o lugar poblado donde está ubicada la Oficina del Registro Civil.

Acta No.: Escriba el número que anotó en el Acta de Defunción. Recuerde que al iniciar un nuevo año, debe comenzar el Acta No.1 y seguir la secuencia numérica hasta el 31 de diciembre.

A. DATOS GENERALES (PREGUNTAS 1 A 11)

A. DATOS GENERALES	
1. Nombre(s) y Apellido(s) _____	
2. Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	7. Fecha de Nacimiento: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
3. Cédula No.: <input type="text"/>	8. Fecha de la Muerte: Hora: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año 200 <input type="text"/>
4. S.S. No.: <input type="text"/>	9. Estado Conyugal: Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Separado(a) Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 Unido(a) <input type="checkbox"/> 2 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 Menor de 15 años <input type="checkbox"/> 6
5. Ocupación: <input type="text"/>	
6. Edad cumplida: 4 <input type="text"/> Años Si es menor de un año..... 3 <input type="text"/> Meses Si es menor de un mes..... 2 <input type="text"/> Días Si es menor de un día..... 1 <input type="text"/> Horas Si es menor de una hora..... 0 <input type="text"/> Minutos	
10. Lugar de la Muerte: <input type="text"/>	
Distrito _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barriada _____ Hospital o Institución _____	
11. Residencia Habitual: <input type="text"/>	
Distrito _____ Corregimiento _____ Lugar poblado e barriada _____	

1. **Nombre(s) y apellido(s):** Escriba los nombres y apellidos completos del difunto.
2. **Sexo:** Marque con una "X" la casilla correspondiente al sexo del difunto.
3. **Cédula No.:** Anote el número de cédula que tenía el difunto.
4. **Seguro Social No.:** Anote el número de seguro social del difunto, ya sea como asegurado directo, pensionado, jubilado o beneficiario.
5. **Ocupación:** Anote la profesión, oficio o clase de trabajo que desempeñó el difunto antes de fallecer. Si es menor de 15 años, para las ciudades, o de 10 años en el área rural, según el caso, escriba "menor de edad" en este espacio.
6. **Edad cumplida:** Anote la edad del difunto en la fecha que falleció y verifique la diferencia entre la fecha de la muerte y la fecha de nacimiento. Llene las casillas correspondientes:

Si el difunto tenía 100 años o más, anote la cantidad a *la derecha de la palabra años*.

Si el difunto tenía un año y más, anote el número de años que cumplió en su último cumpleaños en la casilla 4.

Si era menor de un año, anote el número de meses cumplidos en la casilla 3.

Si era menor de un mes, anote el número de días completos vividos en la casilla 2.

Si era menor de un día, anote el número de horas vividas en la casilla 1.

Si vivió menos de una hora, anote cuántos minutos vivió en la casilla 0.

Solo debe haber información en una de las casillas. Por ejemplo, si anotó 05 años, no se debe anotar meses, ni días.

7. **Fecha de nacimiento:** Anote en los espacios correspondientes, el día, mes y año en que nació el difunto. No use números ni abreviaturas para designar el mes. Escriba el nombre completo del mes.
8. **Fecha de la muerte:** Anote en los espacios correspondientes, la hora, día, mes y año en que ocurrió la muerte. No use números ni abreviaturas para designar el mes. Escriba el nombre completo del mes.
9. **Estado conyugal:** Marque con "X" la casilla correspondiente al estado conyugal que tenía el difunto. Si es menor de 15 años, marque la casilla Núm. 6.
10. **Lugar de la muerte:** Anote en este espacio, el nombre del distrito, corregimiento, ciudad, lugar poblado o barriada donde ocurrió la defunción. Para las ciudades de Panamá y Colón anote además, el nombre de la calle y el número de la casa. (Estas instrucciones son para registradores de áreas rurales).

Si la muerte ocurrió en hospital o institución, escriba el nombre completo de la institución, pero si ocurrió en la casa donde residía el difunto o la de un pariente o vecino, *escriba casa particular*.

11. **Residencia habitual:** Anote en este espacio, el nombre del distrito, corregimiento, ciudad, lugar poblado o barriada donde residía habitualmente el difunto. Para las ciudades de Panamá y Colón anote además, el nombre de la calle y el número de la casa.

Si el lugar de la muerte y el de la residencia habitual es el mismo, los datos para las preguntas 10 y 11 serán iguales y deberán anotarse, aunque aparezcan repetidos.

B. DEFUNCIONES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO (PREGUNTAS 12 Y 13)

B. DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO	
<p>12. Datos del Nacimiento:</p> <p>a. Lugar donde nació el niño: Hospital o Institución <input type="checkbox"/> 1 En otro lugar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Persona que atendió el parto: Médico..... <input type="checkbox"/> 1 Ayudante de Salud o Enfermera Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4 Obstetra... <input type="checkbox"/> 2 Comadrona..... <input type="checkbox"/> 5 Enfermera... <input type="checkbox"/> 3 Otra..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>c. Duración del embarazo: Semanas completas de gestación <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d. Peso al nacer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilogramos Libras Onzas</p>	<p>13. Datos de la Madre del Niño:</p> <p>Nombre(s) y Apellido(s) _____</p> <p>a. Edad cumplida: <input type="text"/> <input type="text"/> Años</p> <p>b. Estado Conyugal: Soltera... <input type="checkbox"/> 1 Unida... <input type="checkbox"/> 2 Casada... <input type="checkbox"/> 3 Otro..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>c. Hijos que ha tenido <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d. Grado o año escolar más alto aprobado:</p> <p>Ningún grado <input type="checkbox"/> 0 Vocacional... <input type="checkbox"/> 3 Primaria..... <input type="checkbox"/> 1 Universitaria/ Secundaria... <input type="checkbox"/> 2 Post.grado <input type="checkbox"/> 4</p>

Las diferentes secciones de las preguntas 12 y 13, se llenarán únicamente cuando se trate de la defunción de menores de un año de edad. Además, están incluidas en el Certificado de Nacimiento Vivo, por lo que si tiene el certificado de nacimiento vivo, no tendrá problema alguno al llenarlas. Si usted recibe ambas declaraciones (del nacimiento vivo y la defunción), realice primero la declaración del nacimiento vivo y seguidamente la de defunción.

12. Datos del Nacimiento:

- a. **Lugar donde nació el niño:** Indique con una "X" **Hospital o Institución** si nació en un hospital, clínica o centro de salud, o **"En otro lugar"** si nació en la casa, calle, ambulancia, taxi, bote, etc.
- b. **Persona que atendió el parto:** Marque con una "X" la casilla correspondiente a la persona que atendió el parto. Marque "Otra" si fue la madre, tía, marido, amiga, vecino, etc., quien atendió el parto.
- c. **Duración del embarazo:** Anote en estos espacios, el número de semanas completas de gestación o de meses que la madre declare haber tenido de embarazo. La duración del embarazo debe estimarse con base en las semanas o meses transcurridos entre el primer día del último período menstrual o regla mensual de la mujer, hasta el día de ocurrencia del parto.

Por lo general, la duración del embarazo es de nueve meses, sin embargo, se observa con cierta frecuencia que los hay de menos duración, por lo que se debe solicitar al informante, la correcta duración del embarazo en semanas o meses.

- d. **Peso al nacer:** Para los nacimientos ocurridos en un hospital o institución de salud, el peso se podrá anotar en kilogramos o en libras y onzas. En cuanto a los ocurridos en casa, debe anotarse en libras y onzas.

13. Datos de la madre del niño: Escriba nombres(s) y apellido(s) de la madre del niño que falleció.

- a. **Edad cumplida:** Anote el número de años que cumplió la madre del niño en su último cumpleaños, **al momento del parto.**
- b. **Estado conyugal:** Marque la casilla correspondiente al estado conyugal actual de la madre en relación con el padre del niño, **al momento del parto.**
- c. **Hijos que ha tenido:** Anote el número total de hijos que ha tenido la madre incluyendo el niño al cual se le está llenando el certificado de defunción. *Recuerde incluir los abortos y nacidos muertos.*
- d. **Grado o año más alto aprobado:** Marque "X" en la casilla correspondiente el grado o año más alto de estudios aprobado por la madre del niño fallecido.

C. CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE (PREGUNTAS 14 A 17)

(Llenarse cuando no hay médico que certifique la muerte)

C. CAUSA PROBABLE DE MUERTE <small>(Llenarse cuando no hay Médico que certifique la muerte)</small>			
14. Síntomas de la enfermedad que presentaba la persona: _____			
15. Causa probable de muerte: _____			
16. ¿En esta enfermedad recibió asistencia médica?		16a. Nombre de la Institución o del Médico que atendió a la persona: _____	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
17. Si era mujer: ¿Estuvo embarazada los últimos 42 días?		17a. La mujer presentó:	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>(pase a 17a.)</small>		a. Hemorragia... <input type="checkbox"/> } Antes del..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		b. Convulsiones. <input type="checkbox"/> } Durante el..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		c. Fiebre..... <input type="checkbox"/> } Después del... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿Los últimos 12 meses?		d. Otro _____ <small>(especifique)</small>	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>(pase a 17a.)</small>			

Es muy importante que el registrador auxiliar anote la información lo más preciso posible, para así poder establecer la causa de muerte.

14. Síntomas de la enfermedad que presentaba la persona: Anote en este renglón, los síntomas que presentaba el enfermo según los informes del declarante, es decir, si tenía fiebre, vómitos, tos, dolores, diarrea, ataque, presión alta, etc.

15. Causa probable de muerte: Cuando en el lugar donde ocurrió la muerte no haya un médico que certifique la defunción, usted como Registrador Auxiliar anotará en este espacio, el nombre de la enfermedad que según el informante pudo haber causado la muerte. Pero si declara que la causa fue muerte natural, preguntar el nombre de la enfermedad que sufría el difunto y anotar esta. Ejemplos: Reumatismo, diabetes, desnutrición, anemia, tuberculosis, diarrea, bronquitis, asma, cáncer (especificar el sitio del cuerpo donde tenía el cáncer), etc.

16. ¿En esta enfermedad recibió asistencia médica?: Marque con "X" la casilla sí cuando el declarante informa que el difunto fue atendido por un médico durante esta enfermedad y anote en la pregunta 16a. el nombre de la institución o del médico que lo atendió.

Si el difunto no fue atendido por un médico durante esta enfermedad, marque la casilla no.

Esta información es muy importante, porque en ocasiones es necesario realizar verificaciones de las causas de muerte y si el difunto había recibido atención en alguna institución de salud, el Instituto Nacional de Estadística y Censo puede investigar el caso.

17. Si era mujer: ¿Estuvo embarazada los últimos 42 días?:

Si la respuesta es Sí, marque la casilla correspondiente y pase a la 17a. Si contesta No, continúe con la pregunta ¿Los últimos 12 meses?



Si la respuesta es Sí, marque la casilla correspondiente y pase a la 17a. Si contesta No, termine aquí con el llenado de la pregunta 17.

17a. La mujer presentó: Marque las casillas correspondientes según la condición presentada por la difunta.

Esta información será de gran utilidad para establecer si la defunción estuvo asociada a algún embarazo (posible muerte materna).

D. CERTIFICADO MEDICO (PREGUNTAS Nº 18 A 24)

(Sólo para ser llenado por un Médico – estrictamente confidencial)

D. CERTIFICADO MEDICO (Sólo para ser llenado por un Médico – estrictamente confidencial)		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
18. CAUSA DE MUERTE: (Anote una causa por línea a. b. y c.) I. ENFERMEDAD O ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE: Anote en a. la enfermedad, lesión o complicación que causó la muerte y no la manera o modo de morir como: debilidad cardíaca, astenia, etc. Causas antecedentes o estados morbosos en b. y c., si existiera alguno, que originaron la causa arriba consignada, mencionándose en c., la causa básica o fundamental a. _____ (debido a, o como consecuencia de b.) b. _____ (debido a, o como consecuencia de c.) c. _____ (causa básica o fundamental)		
II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD SEÑALADA EN C: _____		
19. ¿Esta defunción estuvo asociada a un embarazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	22. Si la muerte se debió a factores externos, especifique si fue: a. Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> En investigación <input type="checkbox"/> b. Fecha de la lesión: _____ c. Lugar donde ocurrió la lesión (calle, casa, finca, etc.): _____ d. ¿Cómo se produjo la lesión? _____ e. ¿La lesión se produjo mientras trabajaba? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
20. ¿La causa de muerte certificada fue confirmada por autopsia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	23. Certifico que atendí al difunto(a) desde: El día _____ mes _____ de _____ Hasta el día _____ mes _____ de 200____	
21. Si fue operado, causa que motivó la operación: _____ Fecha _____	24. Médico(a): Nombre(s) y Apellido(s) _____ Código: _____ Registro _____ Firma: _____	
		C. Muerte  Certificación 

Los registradores auxiliares no deben anotar aquí ninguna información, ya que este espacio está destinado solo para ser llenado por el médico que certifica la defunción.

E. DATOS DE LA DECLARACIÓN (PREGUNAS 25 Y 26)

E. DATOS DE LA DECLARACIÓN	
25. Nombre de el/la declarante: _____	Parentesco con el/la difunto(a) _____
26. Fecha de la declaración: _____	Firma de el/la Registrador(a) Auxiliar: _____
OBSERVACIONES:	
ENVÍESE A: Contraloría General de la República - Instituto Nacional de Estadística y Censo (Dentro de los 8 días, después de ocurrida la defunción)	

VALIDO SOLO PARA FINES ESTADISTICOS- (Artículo 55, Ley 10 de 22-01-2009)

25. Nombre del declarante: Anote en este espacio el nombre y apellido de la persona que declara o informa la defunción y el parentesco que tiene con el difunto.

26. Fecha de la declaración: Escriba el día, mes y año que se declaró la inscripción de la defunción. No use números ni abreviaturas en el mes, escriba el nombre completo del mes.

Firma del registrador auxiliar: En este espacio debe firmar el registrador auxiliar que efectuó la declaración.

OBSERVACIONES: Escriba en este espacio cualquier explicación que considere necesaria para dar mayor claridad a la información contenida en el certificado.

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censc

DEFUNCIONES DE REGISTRO TARDÍO EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN PROVINCIA,
COMARCA INDÍGENA Y DISTRITO DE RESIDENCIA: AÑO 2010

Provincia, comarca indígena y distrito de residencia	Defunciones de registro tardío			Provincia, comarca indígena y distrito de residencia	Defunciones de registro tardío		
	Total	Hombres	Mujeres		Total	Hombres	Mujeres
TOTAL.....	86	50	36	PANAMÁ.....	14	8	6
BOCAS DEL TORO.....	6	5	1	Arraiján.....	1	-	1
Bocas del Toro.....	2	2	-	Chame.....	1	-	1
Chanquinola.....	3	2	1	La Chorrera.....	2	1	1
Chiriquí Grande.....	1	1	-	Panamá.....	8	7	1
COCLÉ.....	3	2	1	San Carlos.....	2	-	2
Antón.....	1	1	-	VERAGUAS.....	9	5	4
La Pintada.....	1	1	-	Atalaya.....	1	-	1
Penonomé.....	1	-	1	Cañazas.....	3	2	1
COLÓN.....	2	2	-	Las Palmas.....	2	2	-
Colón.....	1	1	-	Santa Fe.....	1	-	1
Chagres.....	1	1	-	Santiago.....	1	1	-
CHIRIQUÍ.....	7	5	2	Soná.....	1	-	1
Bugaba.....	1	-	1	COMARCA KUNA YALA.....	13	7	6
David.....	2	1	1	COMARCA EMBERÁ.....	1	-	1
Renacimiento.....	2	2	-	Cémaco.....	1	-	1
San Félix.....	1	1	-	COMARCA NGÄBE BUGLÉ.....	26	13	13
San Lorenzo.....	1	1	-	Besiko.....	2	1	1
DARIÉN.....	2	2	-	Müna.....	17	9	8
Chepigana.....	2	2	-	Nole Duima.....	1	1	-
HERRERA.....	3	1	2	Nürüm.....	1	1	-
Las Minas.....	1	-	1	Kankintú.....	3	-	3
Ocú.....	1	1	-	Kusapín.....	2	1	1
Santa María.....	1	-	1				

NOTA: Estas cifras no están incluidas en los cuadros de la publicación de Estadísticas Vitales, Volumen III - Defunciones de 2010, ya que los certificados se recibieron posteriormente a lo establecido como fecha de cierre del año estadístico (31 de mayo de 2011).

Excluye las provincias y los distritos en los cuales no se registró información.

- Cantidad nula o cero

Ver observaciones al reverso de la última página

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL
(Use uno para cada aborto o nacido muerto)

17351

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____

I. DATOS DEL FETO

1. Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2 No especificado <input type="checkbox"/> 9	2. Lugar de nacimiento: _____ Distrito _____ _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barriada _____	3. Fecha de nacimiento: _____ Día _____ Mes _____ Año _____
--	--	---

II. DATOS DEL PADRE

4. Nombre(s) y Apellido(s): _____	5. Edad cumplida (años): _____
6. Ocupación actual: _____	

III. DATOS DE LA MADRE

7. Nombre(s) y Apellido(s): _____	8. Edad cumplida (años): _____
9. Cédula No. _____	12. Estado conyugal: Unida <input type="checkbox"/> 1 Soltera <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 3 Separada/ Viuda <input type="checkbox"/> 4
10. Residencia habitual (permanente): _____ _____ Distrito _____ _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barriada _____	12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño: _____ _____ Día _____ Mes _____ Año _____
11. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño): TOTAL _____ a. ¿Cuántos viven actualmente? _____ b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron? _____ c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos? _____	13. Grado o año escolar más alto aprobado: Ninguno <input type="checkbox"/> 00 Universitaria <input type="checkbox"/> Año _____ Primaria <input type="checkbox"/> Grado _____ Postgrado <input type="checkbox"/> Año _____ Secundaria <input type="checkbox"/> Año _____ Vocacional <input type="checkbox"/> Año _____
¿Trabaja actualmente? No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 → Dentro de la casa <input type="checkbox"/> 1 Fuera de la casa <input type="checkbox"/> 2	Fecha de nacimiento de la madre: _____ _____ Día _____ Mes _____ Año _____ ¿Falleció? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DEL PARTO O NACIDO MUERTO

14. Lugar donde ocurrió el parto: a. Hospital o institución de Salud: _____ <input type="checkbox"/> 1 (anotar el nombre) b. Otro lugar (especifique): _____ <input type="checkbox"/> 2	16. Duración del embarazo: Semanas completas _____ Meses _____
15. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y Apellido(s) Médico <input type="checkbox"/> 1 Enfermera <input type="checkbox"/> 2 Cobatera <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de Enfermería o Ayudante de Salud <input type="checkbox"/> 4 Comadrona <input type="checkbox"/> 5 Con adiestramiento <input type="checkbox"/> 5 Sin adiestramiento <input type="checkbox"/> 6 Otra <input type="checkbox"/> 7 (especificar)	17. Peso al nacer: Kilogramos _____ Libras _____ Onzas _____
	18. Tipo de defunción fetal: De un niño (singular) <input type="checkbox"/> 1 Mélizo <input type="checkbox"/> 2 Trilizo <input type="checkbox"/> 3 Cuatro o más <input type="checkbox"/> 4 a. Si es más de uno, indique si este nació muerto: Primero <input type="checkbox"/> 1 Segundo <input type="checkbox"/> 2 Tercero <input type="checkbox"/> 3 b. ¿Cuántos nacieron vivos? _____ c. ¿Cuántos nacieron muertos? _____

V. CERTIFICADO MÉDICO

(Sólo para ser llenado por un Médico - Estrictamente confidencial)

19. Causa de muerte fetal (anote una causa por línea a., b. y c.): I. Causa directa de la defunción fetal. (No use términos como nacido muerto, óbito fetal, prematuro, asfixia, etc.). Causa antecedentes: Condiciones fetales o maternas si las hubo, que produjeron la causa arriba anotada en a., mencionándose de último en c., la causa básica o fundamental. II. Otras condiciones importantes del estado del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o condición señalada en e.	a. _____ (debido a., o como consecuencia de b.) b. _____ (debido a., o como consecuencia de c.) c. _____ (causa básica o fundamental)
20. ¿La muerte fetal ocurrió? Antes del parto <input type="checkbox"/> 1 Durante el parto <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	21. ¿Se le practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Nombre del Informante: _____ Firma del Registrador Auxiliar: _____

OBSERVACIONES: _____

ENVÍESE A: Instituto Nacional de Estadística y Censo - Contraloría General de la República (dentro de los 8 días después de ocurrido el hecho)

VALIDO SOLO PARA FINES ESTADISTICOS - (Artículo 55, ley 10 de 22-1-2009)

III. Defunciones fetales

Siempre que un niño nace muerto, cualquiera que sea la duración del embarazo, debe llenarse el formulario estadístico Certificado de Defunción Fetal. Los abortos también se consideran defunciones fetales.

A. ¿Qué es una defunción fetal?

“La muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de la separación, el feto no respira ni muestra ningún otro signo de vida, como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios”. (*Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, Revisión 2, Serie M19/Naciones Unidas, 2003*).

B. ¿Cuándo debe informarse una defunción fetal?

La mayor parte de los certificados de defunción fetal son llenados por las instituciones de salud de la República. Sin embargo, *si en el lugar donde usted registra ocurre una defunción fetal (siempre y cuando no haya sido atendida en alguna institución de salud), usted como agente estadístico debe proceder a llenar el Certificado de Defunción Fetal y remitirlo al INEC, o a la Oficina Regional correspondiente. Recuerde confeccionar una copia para los archivos de su oficina de registro.*

C. ¿Quiénes deben informar una defunción fetal?

Debe ser informada por los padres o parientes del niño que nace muerto; a falta de estos, por cualquier persona que esté autorizada para dar una información correcta. Sin embargo, debido a la naturaleza del hecho, por lo general, no lo hacen, especialmente en los casos de abortos, en su mayoría practicados en secreto.

El registrador auxiliar debe llenar el Certificado de Defunción Fetal (aborto o nacido muerto), llenando la mayor cantidad posible de datos y lo remitirá a la oficina del Instituto Nacional de Estadística y Censo.

D. Instrucciones para llenar el certificado de defunción fetal

ENCABEZADO DEL FORMULARIO

Ver observaciones al reverso de la última página

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL
(Use uno para cada aborto o nacido muerto)

17351

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____

Antes de comenzar a llenar las preguntas del Certificado de Defunción Fetal, anote en los espacios señalados en la parte superior del certificado lo siguiente:

Provincia: Escriba el nombre de la provincia o comarca indígena donde está ubicada la Oficina de Registro.

Lugar de registro: Anote la Dirección Regional, Oficina Distrital de Registro Civil, corregimiento o lugar poblado donde está ubicada la Oficina del Registro Civil.

Se le recuerda que una defunción fetal no se declara en las actas de nacimientos o de defunción. Solamente se le llena el formulario estadístico.

I. DATOS DEL FETO (PREGUNTAS 1 A 3)

I. DATOS DEL FETO					
1. Sexo: Hombre... <input type="checkbox"/> 1 Mujer..... <input type="checkbox"/> 2 No especificado... <input type="checkbox"/> 9	2. Lugar de nacimiento: <div style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center; margin-bottom: 5px;"><i>Distrito</i></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center; margin-bottom: 5px;"><i>Corregimiento</i></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><i>Lugar poblado o barriada</i></div>	3. Fecha de nacimiento: <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;"><i>Día</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"><i>Mes</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"><i>Año</i></td> </tr> </table> </div>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>
<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>			

1. **Sexo:** Marque con una "X" la casilla correspondiente, si el nacido muerto es hombre o mujer. Cuando sea imposible precisar el sexo, anote la X en la casilla de "No especificado".
2. **Lugar de nacimiento:** Anote el distrito, corregimiento y lugar poblado o barriada donde el niño nació muerto. Para las ciudades de Panamá y Colón anote además, el nombre de la calle y número de casa.
3. **Fecha de nacimiento:** Anote en los espacios correspondientes, el día, mes y año en que ocurrió el parto. No use números ni abreviaturas para indicar el mes. Escriba el nombre completo del mes.

II. DATOS DEL PADRE (PREGUNTAS 4 A 6)

II. DATOS DEL PADRE	
4. Nombre(s) y Apellido(s): _____	5. Edad cumplida (años): _____
6. Ocupación actual: _____	

4. **Nombre(s) y Apellido(s):** Escriba los nombres y apellidos completos del padre del niño. Cuando no se informa el nombre del padre, escriba "no consta".
5. **Edad cumplida (años):** Anote el número de años que *al momento de nacer muerto el niño, había cumplido el padre.*
6. **Ocupación actual:** Anote el oficio o clase de trabajo que desempeña el padre del niño. Se refiere al trabajo remunerado en dinero o en especie. Si está desocupado o no trabaja, especifíquelo.

III. DATOS DE LA MADRE (PREGUNTAS 7 A 13)

III. DATOS DE LA MADRE	
7. Nombre(s) y Apellido(s): _____	8. Edad cumplida (años): _____
9. Cédula No. _____	12. Estado conyugal: Unida... <input type="checkbox"/> 1 Soltera..... <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 3 Separada/ Viuda <input type="checkbox"/> 4
10. Residencia habitual (permanente): _____ <small>Distrito</small> _____ <small>Corregimiento</small> <small>Lugar poblado o barriada</small>	12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño... _____ Mes _____ Año
11. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño): TOTAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> a. ¿Cuántos viven actualmente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Grado o año escolar más alto aprobado: Ninguno..... <input type="checkbox"/> 00 Universitaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año Primaria..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grado Postgrado... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año Secundaria..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año Vocacional... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año
¿Trabaja actualmente? No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 → { Dentro de la casa..... <input type="checkbox"/> 1 Fuera de la casa..... <input type="checkbox"/> 2	Fecha de nacimiento de la madre: _____ <small> Día Mes Año</small> ¿Falleció? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

7. **Nombre(s) y apellido(s):** Escriba los nombres y apellidos completos de la madre del niño.
8. **Edad cumplida (años):** Anote el número de años que *al momento de nacer muerto el niño, había cumplido la madre.*
9. **Cédula No.:** Anote el número de la cédula de identidad personal. Si la madre es extranjera y no tiene cédula expedida por la Dirección Nacional de Cedulación del Tribunal Electoral, anote "extranjera" en el espacio respectivo. No anote los números de cédula de su país de origen, ni el del pasaporte.
10. **Residencia habitual (permanente):** Anote el distrito, corregimiento, lugar poblado o barriada donde reside la madre en forma permanente. Para las ciudades de Panamá y Colón anote además, el nombre de la calle o avenida y el número de la casa.
11. **Hijos que ha tenido la madre:** Anote en las casillas, el total de hijos que ha tenido la madre, incluyendo el niño al cual se le está llenando el certificado. Es decir, se incluyen todos los hijos que al momento de informar este niño estén vivos, hayan nacido vivos y muerto posteriormente, y los nacidos muertos y/o abortos.

El total de hijos que ha tenido la madre, debe ser igual a la suma de lo anotado en a, b y c.

a. ¿Cuántos viven actualmente?: Anote en las casillas, el número de hijos que estuvieran vivos a la fecha en que ocurrió el parto del niño nacido muerto, al que se le está llenando el certificado.

b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?: Anote en las casillas, el número de hijos que nacieron vivos, pero que habían muerto a la fecha del parto del niño nacido muerto al que se le está llenando el certificado.

Si a la madre no se le ha muerto ningún hijo después de haber nacido vivo, anote cero (00) en esta casilla.

c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?: Anote en las casillas, el número de abortos o hijos que nacieron muertos, es decir, el número de hijos que al salir del vientre de la madre ni respiraron, ni mostraron ninguna otra señal de vida, incluyendo al que se le está llenando el certificado. Recuerde agregar los abortos, ya que esta pregunta comprende todas las pérdidas de embarazos que ha tenido la madre. En estas casillas nunca debe aparecer anotado cero (00).

12. Estado conyugal: Marque con una "X", el cuadro correspondiente al estado conyugal de la madre en relación con el padre del niño y en la fecha de la defunción fetal, así:

Unida: Los padres del niño viven en unión marital sin estar casados legalmente, es decir, que no han contraído entre sí matrimonio civil ni religioso.

Soltera: La madre del niño nunca se ha casado legalmente, ni ha vivido en unión marital estable con el padre del niño.

Casada: La madre ha contraído matrimonio (civil o religioso) y vive en ese estado con el padre del niño.

Separada/viuda: Marque esta casilla cuando, *al momento de la defunción fetal*, la madre no vive con el padre del niño, por estar separados, divorciados o porque él haya muerto.

12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño: Si la madre es casada con el padre del niño, anote en este renglón, el día, mes y año en que contrajeron matrimonio.

13. Grado o año escolar más alto aprobado: Anote en la casilla correspondiente la clase de enseñanza, el número de grado o año más alto de estudios aprobados por la madre del niño. No use números romanos ni marque con un gancho (**v**). En el caso de que la madre nunca haya asistido a la escuela o no terminó el primer grado de primaria, marque con una equis (X) la casilla correspondiente a "Ninguno". La información en el certificado debe anotarse de acuerdo a los siguientes criterios:

Ninguno: Marque X	Universitaria: 01 a 06
Primaria: 01 a 06	Postgrado: 01 a 03
Secundaria: 07 al 12	Vocacional: 01 a 03

¿Trabaja actualmente?: Se refiere a si la madre realizaba algún trabajo por el cual era remunerada en dinero o en especie, y lo haya interrumpido temporalmente, debido al embarazo y/o parto del niño.

Fecha de nacimiento de la madre: Anote el día, mes y año en que nació la madre del niño. Con este dato, *verifique que la información de la pregunta 8 (edad de la madre) sea correcta.*

Si la información de la pregunta 8 no es correcta, entonces debe corregirse, tachando con una línea horizontal la edad incorrecta, y anotando a un lado o arriba la que es correcta. Sin embargo, hay que evitar estas situaciones.

¿Falleció? Marque la casilla correspondiente para indicar si la madre del niño murió o no, a consecuencia del parto del nacido muerto.

Si la madre falleció como consecuencia del aborto, o del parto del nacido muerto, entonces recuerde que *debe llenarse el certificado de defunción. Este caso es una muerte por causa materna y es de gran importancia el llenado del formulario estadístico.*

IV. DATOS DEL PARTO O NACIDO MUERTO (PREGUNTAS 14 A 18)

IV. DATOS DEL PARTO O NACIDO MUERTO	
<p>14. Lugar donde ocurrió el parto:</p> <p>a. Hospital o Institución de Salud: _____ <input type="checkbox"/> 1 <small>(anote el nombre)</small></p> <p>b. Otro lugar (especifique): _____ <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>16. Duración del embarazo: Semanas completas _____ Meses _____</p> <p>17. Peso al nacer: Kilogramos _____ Libras _____ Onzas _____</p>
<p>15. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y Apellido(s)</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Enfermera Obstetra <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería o Ayudante de Salud <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Comadrona <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Sin adiestramiento <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otra (especifique) <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>18. Tipo de defunción fetal: De un niño (singular)..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Melizo <input type="checkbox"/> 2 Trilizo <input type="checkbox"/> 3 Cuatro o más <input type="checkbox"/> 4</p> <p>a. Si es más de uno, indique si este nació muerto: Primero <input type="checkbox"/> 1 Segundo <input type="checkbox"/> 2 Tercero <input type="checkbox"/> 3</p> <p>b. ¿Cuántos nacieron vivos?..... <input type="checkbox"/></p> <p>c. ¿Cuántos nacieron muertos?..... <input type="checkbox"/></p>

14. Lugar donde ocurrió el parto:

a. Hospital o institución de salud: Cuando la persona informa que la madre del niño, al momento del parto, fue atendida en un hospital, clínica o centro de salud, el registrador auxiliar marcará la casilla correspondiente y anotará el nombre de la institución.

b. En otro lugar (especifique): En las áreas de difícil acceso de las regiones rurales de nuestro país, y en especial las comarcas indígenas, generalmente, los niños nacen en la casa de la madre, un pariente o vecino. En este caso marque la casilla correspondiente y escriba en el espacio "casa particular".

15. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y apellido(s): Escriba los nombres y apellidos de la persona que atendió el parto. Si el parto fue atendido por un médico, enfermera, enfermera obstetra, ayudante de salud o auxiliar de enfermería, comadrona con o sin adiestramiento, marque una de las casillas numeradas de 1 a 6. Si la persona que atendió el parto, es la madre, abuela, tía, marido, amiga o vecina de la madre del niño, marque la casilla 7 que corresponde a "Otra" y especifique quién atendió el parto.

Si hubiese sido atendida conjuntamente por más de un profesional, por ejemplo, un médico y una enfermera, se registrará el de mayor responsabilidad técnico profesional en el parto.

Ejemplo: Si la mujer fue atendida en el parto por una asistente de salud, pero al mismo tiempo por una enfermera, en el certificado se anota X en la casilla 3, enfermera.

16. Duración del embarazo: Anote en las casillas, el número de semanas completas o meses de gestación que la madre declare en este embarazo. Anote una de las dos opciones: En semanas o en meses.

La duración del embarazo se estima con base en los meses o semanas transcurridos entre el primer día del último período menstrual o regla mensual de la mujer, hasta el día de ocurrencia del parto o aborto.

Por lo general, la duración del embarazo es de nueve meses, sin embargo, se observa con frecuencia que hay de menos de ese tiempo, por lo que se debe solicitar al informante, la correcta duración del embarazo, en semanas o meses.

17. Peso al nacer: Anote en estos espacios, cuánto pesó el niño al momento de nacer:

Si el nacimiento ocurrió en un hospital o institución de salud, el peso deberá aparecer en kilogramos o en libras y onzas.

Si el nacimiento ocurrió en "otro lugar" (en casa), la información deberá aparecer en libras y onzas solamente.

En los lugares en que las parteras o comadronas no disponen de una balanza o pesa y se dificulte obtener un peso exacto, se puede hacer una estimación aproximada del peso del niño. En este caso debe anotarse en el espacio destinado a "observaciones", que el peso declarado ha sido estimado.

18. Tipo de defunción fetal: Esta pregunta se refiere a la clase de parto. Señale con una "X" la casilla correspondiente:

De un niño (singular): casilla 1, cuando en el parto nació un solo niño y termine la entrevista.

Mellizo: casilla 2, cuando en el parto nacen 2 niños.

Trillizo: casilla 3, cuando se trate de un parto de 3 niños.

Cuatro o más: cuando se trate de un parto múltiple donde nacieron 4 o más niños.

Si marca las casillas de mellizo, trillizo y cuatro o más, deberá responder las preguntas a, b y c.

Tenga presente que hay que llenar separadamente un formulario "Certificado de Defunción Fetal" para cada uno de los niños que nacieron muertos del mismo parto.

Si son mellizos, llene dos certificados, uno para cada niño; si son trillizos, tres certificados, y así sucesivamente, pero debe iniciar con el primer niño que nació muerto.

- Si el certificado que llena es del niño que nació primero, indique con una "X" la casilla correspondiente a *Primero, la casilla 1.*

- Se marca la **casilla 2, Segundo**, si el certificado que se llena corresponde al niño que en el parto de mellizo, trillizo y cuatro o más, nació de segundo.
- Se marca la **casilla 3, Tercero**, si el certificado que se llena corresponde al niño que en el parto de tres o más, nació de tercero.
- Anote en **b**, el número de niños que nacieron vivos en el parto de mellizo, trillizo o de cuatro y más.

Nota: Para cada uno de los niños que en el parto nacieron vivos y que aparecen anotados en este punto b, llene un Certificado de Nacimiento Vivo, siguiendo las instrucciones que ya se han dado.

- Anote en **c**, el número de niños que nacieron muertos en el parto de mellizo, trillizo o de cuatro y más.

Cuando se llenan certificados de defunción fetal de mellizos, trillizos, etc., debe tenerse cuidado en anotar correctamente la información de la pregunta 11 (hijos que ha tenido la madre).

Ejemplo: Julia Domínguez dio a luz a mellizos. El primero nació muerto, el segundo nació vivo y murió a los tres minutos. Ya tenía otros dos hijos vivos, antes de este parto, ningún hijo se le había muerto, y no ha tenido abortos.

Preguntas:

1. ¿Qué certificados deben llenarse?

Respuesta: Un certificado de defunción fetal (para el primer mellizo), un certificado nacimiento vivo (para el segundo mellizo) y un certificado de defunción (para el segundo mellizo, porque murió a los 3 minutos de nacer vivo).

2. ¿Cómo se llena la información de la pregunta “Hijos que ha tenido la madre” (11 del certificado de defunción fetal y 13 del certificado de nacimiento vivo)?

Respuesta:

En el certificado de defunción fetal (primer mellizo, que nació muerto), se anotará en la pregunta 11:

	TOTAL.....	03
a. ¿Cuántos viven actualmente?.....		02
b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?.....		00
c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?.....		01

En el certificado de nacimiento vivo (del segundo mellizo que nació vivo), se anotará lo siguiente en la pregunta 13:

	TOTAL.....	04
a. ¿Cuántos viven actualmente?.....		03
b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?.....		00
c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?.....		01

HAY QUE LLENAR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN PARA EL SEGUNDO MELLIZO. EN LA PREGUNTA 13c (HIJOS QUE HA TENIDO) SE ANOTARÁ 04.

V. CERTIFICADO MÉDICO (PREGUNTAS 19 A 21)

(Solo para ser llenado por un Médico – Estrictamente confidencial)

V. CERTIFICADO MÉDICO
(Solo para ser llenado por un Médico - Estrictamente confidencial)

19. Causa de muerte fetal (anote una causa por línea a., b. y c.):

I. Causa directa de la defunción fetal.
(No use términos como nacido muerto, óbito fetal, prematuro, asfixia, etc.)

Causa antecedentes:
Condiciones fetales o maternas si las hubo, que produjeron la causa arriba anotada en a., mencionándose de último en c., la causa básica o fundamental.

II. Otras condiciones importantes del estado del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o condición señalada en c.

a. _____
(debido a., o como consecuencia de b.)

b. _____
(debido a., o como consecuencia de c.)

c. _____
(causa básica o fundamental)

20. ¿La muerte fetal ocurrió?
Antes del parto 1 Durante el parto 2 3 0

21. ¿Se le practicó autopsia? Sí No

Certificación

No debe ser llenado nunca por los registradores auxiliares, este espacio se utiliza para la certificación médica de la causa de defunción fetal que ha ocurrido en una institución, y le corresponde llenarlo únicamente al médico que la certifica.

Nombre del Informante: _____ Firma del Registrador Auxiliar: _____

OBSERVACIONES: _____

ENVÍESE A: Instituto Nacional de Estadística y Censo – Contraloría General de la República (dentro de los 8 días después de ocurrido el hecho)

VALIDO SOLO PARA FINES ESTADISTICOS - (Artículo 55, ley 10 de 22-1-2009)

Nombre del informante: Anote en este espacio el nombre y apellido de la persona que informa la defunción fetal.

Firma del registrador auxiliar: En este espacio debe firmar el registrador auxiliar que llenó el certificado.

OBSERVACIONES: Escriba en este espacio cualquier explicación que considere necesaria para dar mayor claridad a la información contenida en el certificado.

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Instituto Nacional de Estadística y Censo

NACIMIENTOS VIVOS, DEFUNCIONES GENERALES Y DEFUNCIONES FETALES EN LA REPÚBLICA,
POR PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA Y CIUDADES DE PANAMÁ Y COLÓN: AÑOS 2007-11

Año	Total	Lugar de residencia													
		Provincia									Comarca indígena			Ciudad	
		Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herre-ra	Los Santos	Pana-má	Vera-guas	Kuna Yala	Embe-rá	Ngäbe Buglé	Pana-má	Colón

NACIMIENTOS VIVOS

2007.....	67,364	3,763	4,203	5,142	8,036	1,014	1,583	1,131	32,306	4,330	908	249	4,699	7,100	1,374
2008.....	68,759	3,835	4,216	5,435	8,112	962	1,480	1,068	33,266	4,101	918	185	5,181	7,620	1,163
2009.....	68,364	3,648	4,096	5,391	7,786	976	1,454	1,057	33,703	4,095	1,032	218	4,908	7,286	1,030
2010.....	67,955	4,086	3,956	5,238	7,719	946	1,362	1,038	33,762	3,803	865	256	4,924	7,530	1,024
2011.....	73,292	4,429	4,349	5,976	8,704	1,070	1,517	1,138	35,739	4,216	922	240	4,992	7,905	1,254

DEFUNCIONES GENERALES

2007.....	14,775	454	1,051	1,166	1,791	135	596	547	7,138	1,029	278	24	566	2,974	313
2008.....	15,115	483	994	1,314	1,790	125	568	607	7,476	1,000	233	18	507	3,052	385
2009.....	15,498	494	998	1,274	1,892	133	562	579	7,723	1,058	254	15	516	3,078	350
2010.....	16,542	558	1,069	1,273	2,104	114	656	617	8,192	1,157	250	20	532	3,156	298
2011.....	16,367	470	1,051	1,255	2,137	139	608	589	8,372	1,044	165	18	519	3,131	281

DEFUNCIONES FETALES (1)

2007.....	10,024	360	393	794	1,050	93	226	190	6,346	402	21	9	140	1,608	237
2008.....	10,292	391	442	912	1,023	69	235	179	6,401	409	58	8	165	1,528	281
2009.....	10,267	280	395	1,003	1,115	68	203	155	6,430	425	47	7	139	1,472	276
2010.....	9,900	380	409	946	1,128	69	234	172	5,975	411	33	6	137	1,481	265
2011.....	10,078	373	426	844	1,222	72	189	147	6,103	497	39	2	164	1,485	224

(1) Se refiere a defunciones fetales de cualquier período de gestación.

IV. Distribución de los certificados estadísticos



Nunca deben entregarse certificados estadísticos a las personas que están declarando el nacimiento, la defunción o la defunción fetal. Hacer esto trae serias dificultades al elaborar las estadísticas vitales. Por eso, bajo ninguna circunstancia entregue a los familiares, el original o copia de estos certificados.

Los formularios estadísticos de Nacimientos Vivos, Defunciones y Defunciones Fetales constan de un original y una copia, los mismos se entregan a las Oficinas del Registro Civil: direcciones regionales, oficinas distritales y registradores auxiliares y deben ser remitidos de la siguiente forma:

- 1. Original:** Los registradores auxiliares del interior del país, que reciban declaraciones de nacimientos vivos, defunciones y defunciones fetales que ocurrieron *en casa y en instituciones de salud*, remitirán *semanalmente* los formularios estadísticos a la Oficina Regional de Estadística y Censo correspondiente.

Los registradores auxiliares de la Comarca Kuna Yala y los distritos de Balboa, Chepo, Chimán, Panamá, San Miguelito y Taboga, los remitirán *semanalmente* al INEC, específicamente a la Sección de Estadísticas Vitales, ubicada en Bella Vista, calle Colombia, edificio Ralphco (Singer), segundo piso.

Sin embargo, también pueden entregar los formularios de nacimientos y defunciones en las Direcciones Regionales o Distritales del Registro Civil, quienes nos harán llegar los mismos.

En el caso de las defunciones fetales deben llevarlas a las oficinas del INEC más cercana.

El original de los formularios estadísticos es color blanco.

2. **Copia:** Debe ser archivada por el Registrador Auxiliar en un cartapacio para cada hecho vital, por año de declaración, *ordenarlas según número de acta*, para llevar un buen registro y así facilitar las verificaciones periódicas que realizan los funcionarios del INEC.

Las defunciones fetales no llevan número de acta, ya que no son registradas por el Registro Civil.

Las copias de los formularios de nacimientos y defunciones son rosadas y de las defunciones fetales son verdes.

NOTA: a partir de enero de 2009, se utiliza el FORMULARIO ÚNICO DE PARTE CLÍNICO DE NACIMIENTO y FORMULARIO ÚNICO DE PARTE CLÍNICO DE DEFUNCIÓN, para uso exclusivo en las instalaciones de salud, esto como parte del Convenio para Mejorar el Nivel de Registro e Inscripción de los Hechos Vitales y Actos Jurídicos entre el Tribunal Electoral y Contraloría General de la República, el cual se firmó el 12 de diciembre del 2008.

El Registro Civil es la entidad encargada de distribuir estos Formularios Únicos.

Los formularios de defunciones fetales son utilizados tanto por los registradores auxiliares como por las instituciones de Salud.

El Registrador auxiliar

Mención de
Honor a los
Registradores
Auxiliares



- El Registrador auxiliar es un funcionario del Registro Civil y un agente estadístico al servicio del Instituto Nacional de Estadística y Censo.
- Las informaciones estadísticas de nacimientos, defunciones y defunciones fetales son necesarias para el planeamiento de futuros programas de salud, vivienda, educación, entre otros, los cuales son de beneficio para el progreso de Panamá.

Personal que participó en la preparación de este manual

Correctora de estilo

Virna E. Tejada M.

Elaboración y modificación

Rubiela del C. Cosme
Suyany Y. Vivero I.
Raquel S. Brown E.
Denise O. Rangel P.

Revisión

Fulvia A. Ibarra H.
Andy E. Ruíz S.

El diseño de portada, edición y distribución de esta publicación estuvo a cargo del personal del
Departamento de Información y Divulgación