



CERTIFICADO DE DECLARACIÓN DE NACIMIENTO

REGISTRO CIVIL TRIBUNAL SUPREMO DE ELECCIONES REPÚBLICA DE COSTA RICA

ORIGINAL PARA REGISTRO CIVIL

DATOS DE LA PERSONA DECLARADA AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

DATOS DEL PADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

DATOS DE LAS PERSONAS DECLARANTES Y TESTIGOS

DATOS DE LA PERSONA REGISTRADORA

USO DEL REGISTRO CIVIL

AL LLENAR ESTA DECLARACIÓN DEBE HACERLO A MÁQUINA O BOLIgrafo APRETIANDO CON FIRMEZA AL ESCRIBIR

1) _____

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

2) ESTA DECLARACIÓN ES DE UNA PERSONA NACIDA: 1. SOLA 2. GEMELA 3. TRILLIZA 4. O MÁS 3) SEXO: 1. HOMBRE 2. MUJER 4) PESO EN GRAMOS: _____ 5) ESTATURA EN CENTÍMETROS: _____

6) LUGAR DE NACIMIENTO: _____

7) NACIÓ EN: SU HOGAR INSTITUCIÓN HOSPITALARIA ANOTE EL NOMBRE DEL HOSPITAL _____ OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE) _____

8) HORA Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ MURIÓ ANTES DEL PARTO _____

HORA _____ DÍA (EN NÚMEROS) _____ MES (EN NÚMEROS) _____ AÑO (EN NÚMEROS) _____

9) PADRE: _____ 10) CÉDULA O DOC. DE IDENT. _____

11) EDAD: _____ 12) PAÍS DE ORIGEN: _____ 13) NACIONALIDAD: _____ 14) PROFESIÓN U OFICIO: _____ 15) ÚLTIMO AÑO APROBADO: _____

16) TOTAL DE HIJOS/AS TENIDOS/AS VIVOS/AS: _____ 17) ESTADO CIVIL: 1. SOLTERO 2. CASADO 3. VIUDO 4. DIVORCIADO 5. SEPARADO JUDICIALMENTE 6. UNIÓN DE HECHO

18) RESIDENCIA HABITUAL: _____

PROVINCIA _____ CANTÓN _____ DISTRITO _____ BARRIO O CASERÍO _____

19) MADRE: _____ 20) CÉDULA O DOC. DE IDENT. _____

21) EDAD: _____ 22) PAÍS DE ORIGEN: _____ 23) NACIONALIDAD: _____ 24) PROFESIÓN U OFICIO: _____ 25) ÚLTIMO AÑO APROBADO: _____

26) ESTADO CIVIL: 1. SOLTERA 2. CASADA 3. VIUDA 4. DIVORCIADA 5. SEPARADA JUDICIALMENTE 6. UNIÓN DE HECHO

27) RESIDENCIA HABITUAL: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DE CONYUGE ANTERIOR _____ LUGAR DEL DIVORCIO O VIUDEZ _____ FECHA _____

28) ESTE PARTO FUE ATENDIDO POR: 1. PROFESIONAL MEDICINA GENERAL 2. PROFESIONAL ENFERMERÍA OBSTÉTRICA 3. PROFESIONAL EN ENFERMERÍA 4. COMADRONA 5. ESTUDIANTE 6. OTRA PERSONA 7. GINECO-OBSTETRA 29) SEMANAS DE EMBARAZO: _____

30) a) INCLUYENDO ESTE NACIMIENTO, ANOTE: _____ 30) b) ¿CUÁNTOS ABORTOS HA TENIDO? _____ 31) ¿CUÁNTAS CONSULTAS RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO? 1. TOTAL _____ 2. POR UN PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL _____

TOTAL DE HIJOS/AS TENIDOS/AS VIVOS/AS _____ PERSONA FALLECIDA DE MENOS DE 22 SEMENAS _____ RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO? 1. NÚMERO _____ 2. NÚMERO _____

32) MADRE SOLICITA SE APLIQUE LEY DE PATERNIDAD RESPONSABLE (8101) SI NO

MADRE ASIENTE QUE: _____ FIRME COMO PADRE DE LA PERSONA DECLARADA _____

33) ASÍ LO DECLARAN: _____

COMO: PADRE PERSONA INTERESADA MADRE PERSONA RECOMENDADA

FIRMA _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT. _____ FIRMA _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT. _____

34) SI NO SABE FIRMAR, LO HARÁ OTRA PERSONA A RUEGO DE UNO O DE AMBOS DECLARANTES: _____

35) DIRECCIÓN DE LA PERSONA DECLARANTE: _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____ FIRMA _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT. _____

PROVINCIA _____ CANTÓN _____ DISTRITO _____ BARRIO O CASERÍO _____

DIRECCIÓN DE SU CASA: _____ POR MEDIO DE UN PUNTO DE REFERENCIA PLAZA, PULPERÍA, CAMINO, FINCA, RÍO, No. CALLE, AVENIDA, CASA, ETC. _____

TELÉFONO _____

36) a) TESTIGO: _____ 36) b) TESTIGO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____ NOMBRE Y APELLIDOS _____

FIRMA _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT. _____ FIRMA _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT. _____

OBSERVACIONES _____

37) ANTE: _____

NOMBRE _____ PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ CÉDULA O DOC. DE IDENT. _____

PERSONA REGISTRADORA DE: _____

LUGAR _____ CÓDIGO _____

38) FECHA DE DECLARACIÓN _____

DÍA (EN NÚMEROS) _____ MES (EN NÚMEROS) _____ AÑO (EN NÚMEROS) _____ FIRMA DE LA PERSONA REGISTRADORA _____

39) ESTE CERTIFICADO QUEDA INSCRITO EN: _____

PROVINCIA _____ TOMO _____ FOLIO _____ ASIENTO _____ FIRMA _____

SELLO DE LA OFICINA