Formulario	Código
REGISTRO MENSUAL DE NACIMIENTOS	**FOR-SIGSA-1**
	Versión 2.1
	Vigente a partir de: 01/12/2016

Área de Salud: **Distrito de Salud:** **Municipio:** **Servicio de Salud:**

Responsable de la Información: **Cargo:** **Firma:** **Mes:** **Año:**

No. de Orden	DATOS DEL NIÑO / NIÑA										DATOS DE LA MADRE / PADRE / RESPONSABLE								OTROS DATOS DEL NACIMIENTO		
	Nombres y apellidos del niño / niña	CUI Código Único de Identificación del niño / niña	Peso al nacer		1/ Sexo	2/ Tipo de parto	Fecha nacimiento			3/ Nació	Nombres y apellidos de la madre / padre / responsable	CUI Código Único de Identificación de la madre / padre / responsable	Residencia de la madre / padre / responsable		4/ Pueblo	5/ Comunidad lingüística	Edad de la madre en años	6/ Número de hijos		7/ Asistencia recibida	8/ Dónde ocurrió el nacimiento	Nombre de la persona que atendió el nacimiento
			Libras	Onzas			Día	Mes	Año				Comunidad y/o dirección exacta	Municipio				V	M			

1/ Sexo
M: Masculino
F: Femenino

2/ Tipo de parto
1. Simple
2. Gemelar
3. Triple y más

3/ Nació
V: Vivo
M: Muerto

4/ Pueblo
1. Mestizo, ladino
2. Maya
3. Garífuna
4. Xinca
5. Otro
6. No indica

5/ Comunidad lingüística: Si es pueblo 2 (Maya):
1 Achi'
2 Akateka
3 Awakateka
4 Ch'orti'
5 Chalchiteka
6 Chuj
7 Itza'
8 Ixil
9 Jakalteka
10 Kaqchikel
11 K'iche'
12 Mam
13 Mopan
14 Poqomam
15 Pocomchi'
16 Q'anjob'al
17 Q'eqchi'
18 Sakapulteka
19 Sipakapensa
20 Tektiteka
21 Tz'utujil
22 Uspanteka
23 No indica

6/ No. de hijos tenidos
Se incluye el que acaba de nacer
V: Vivos
M: Muertos

7/ Asistencia recibida
1. Médica
2. Paramédica
3. Comadrona
4. Empírica
5. Ninguna

8/ Donde ocurrió el nacimiento
1. Hospital Público
2. Hospital Privado
3. Centro de Salud
4. Seguro Social
5. Vía Pública
6. Domicilio
7. Lugar de Trabajo
8. Otro
9. Ignorado