CERTIFICADO RENUPCIAL

**LEYES NACIONALES 12.331 Y 16.668**

OBLIGATORIO Y GRATUITO

**1)** Provincia..............................**2)**Localidad...............................................**3)**RegistroCivil........................................

**4)** Apellido y Nombre.....................................................................................................................................................

**5)** Nacionalidad......................................**6)**Edad........**7)**Documento tipo:....................|N°:.......................................

**8)** Expedido por:............................................................................................................................................................

**9) D**irección:....................................................................................Localidad.............................Provincia...................

**A.DATOSDE FILIACION**

**10)**PRUEBA SEROLOGIA

VDRL:

CUANTITATIVA

CUALITATIVA

RPR

FTA

para Lúes

REITER

OTRAS

**11)** Efectuada en el laboratorio.......................................................................Protocolo Nº.......................................

**12) D**irección:....................................................................................Localidad.............................Provincia...................

**13)** Fecha.....................................................

......................................................................

**14)**Firma y sello del profesional del laboratorio autorizado

**B.LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **C.EXAMENCLINICO** | |
| En base al análisis y alexamen clínico efectuado, certifico que, habiendo examinado en la fecha a:  **15)**..........................................................................................................................................................................  cuyos datos de identidad figuran en A, debidamente constatados, no he encontrado síntomas ni signos atribuibles a enfermedades venéreas en período de contagiosidad, por lo que se expide el presente CERTIFICADO PRENUPCIAL.- | |
| **16)**Firmadel solicitante | **17)** Firma del profesional autorizado |
|  | **18)** Apellido y Nombre:.................................................... |
|  | ......................................................................................... |
|  | **19)** Matrícula:................................................................... |
|  | **20)** Domicilio:................................................................... |
|  | ......................................................................................... |
|  | **21)** Cargo:........................................................................ |
|  | ......................................................................................... |
| **22)**Fecha...................................................................... |  |
| ........................................................................................ | **23)**Sello de autoridad sanitaria |
| **ESTECERTIFICADO ES VALIDO HASTA 7 DIAS DESPUES DE SU EXPEDICION** | |

# LEY12.331

Art. 18.- Será reprimido con la pena establecida en el artículo 202 del Código Penal, quien, sabiéndose afectado de una enfermedadvenéreatransmisible,lacontagieaotrapersona-(art.202delCódigoPenal:Seráreprimidoconreclusióndetresa quince años el que propague una enfermedadpeligrosa o contagiosa para las personas).

# REGLAMENTACIONDELALEY12.331

Art.12.-AlosefectosdelcertificadoPrenupcial,todosloslaboratoriosdependientesdelMinisteriodeAsistenciaSocialySalud Pública (actualmente Secretaría de Estado de Salud Pública) ylos de jurisdicción provincial o municipal prestarán su concurso gratuito a los médicos que lo soliciten con este fin.

# LEY16.668

Art.1º.-DecláraseobligatorioentodoelterritoriodelaNaciónlaobtencióndelCertificadoPrenupcialparacontrayentesdelsexo femenino.

# INSTRUCTIVODELFORMULARIO"CERTIFICADO PRENUPCIAL"

1. **FINALIDAD:**CertificaranteelRegistroCivilquelosfuturoscontrayentesnopadecenenfermedadesvenéreas contagiosas
2. **NORMAS PARA SU EMPLEO:** Será entregadoGRATUITAMENTE por la oficina del Registro Civil a ambos contrayentes, quienes lo presentarán al médico autorizado. Una vez cumplidos los exámenes clínicos y de laboratorio pertinentes,elprofesionalintervinienteotorgaráelcertificadoalinteresado,quienlodevolveráalRegistroCivilconuna antelación no menor de tres días a la fecha establecida para el matrimonio. Realizado éste, se archivará el formulario por el término de 5 años.

Elcertificadoseconfeccionaráenoriginalsolamente,cubriéndosesusrubrossegúnseespecificaacontinuación:

* 1. IndicarlaprovinciacorrespondientealEstablecimientooInstituciónqueexpideelcertificado.
  2. IndicarlalocalidadcorrespondientealEstablecimientooInstituciónqueexpideelcertificado.
  3. IndicardenominacióndelregistroCivildondeseprotocolizaráelenlace.
  4. Apellidoynombredel/lacontrayente.
  5. Consignarlanacionalidaddel/lacontrayente.
  6. Indicarennúmeroslaedaddel/lacontrayente.
  7. Tipoynúmerodedocumentodel/lacontrayente.
  8. Encasodequeeldocumentoseñaladoenrubro7,seacéduladeIdentidad,indicarlaReparticiónquela expidió.
  9. Calle,númeroylocalidaddel/lacontrayente.
  10. Marcarconxelcasillerocorrespondiente,consignandoacontinuacióncualquierotrapruebaoreacciónquese quiera hacer constar.
  11. Nombredellaboratorioqueefectuóelanálisisynúmerodeprotocolodelmismo.
  12. Calle,númeroylocalidadcorrespondientealdomiciliodellaboratorio.
  13. Indicar,enletras,día,mesyañoenqueseefectuóelanálisis.
  14. Firmayselloaclaratoriodelprofesionalquerealizóelexamen.
  15. Apellidoynombredel/lasolicitante.
  16. Firmadel/lasolicitante.
  17. Firmadelprofesionalqueextiendeelcertificado.
  18. Apellidoynombredelprofesionalqueextiendeelcertificado.
  19. Indicarnúmerodematrícula.
  20. Domiciliodelprofesionalqueextiendeelcertificado.
  21. Consignarelcargoqueocupa.
  22. Indicar,enletras,día,mesyañoenqueseextiendeelcertificado.
  23. Sellodelaautoridadsanitariacorrespondiente.