



Buenas cifras, mejores vidas



Ministerio de Salud Pública



Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO (IENV)

230000

La información de esta sección será de uso exclusivo del servidor/a del Registro Civil, en el momento de la inscripción.

1) AGENCIA DE REGISTRO CIVIL:

USO INEC

Agencia No. _____

USO INEC Fecha de crítica
Año ____ Mes ____ Día ____

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

AÑO ____ MES ____ DÍA ____

2) PROVINCIA:

CANTÓN:

PARROQUIA URBANA O RURAL:

4) CÓDIGO SECUENCIAL DEL ACTA DE INSCRIPCIÓN: _____

(A) DATOS DEL NACIDO VIVO

5) APELLIDOS _____ NOMBRES _____

USO exclusivo del Registro Civil

Número único de identificación (NUI) _____

6) SEXO Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	13) PRODUCTO DEL EMBARAZO Uno <input type="checkbox"/> 1 Dos <input type="checkbox"/> 2 Tres <input type="checkbox"/> 3 Cuatro <input type="checkbox"/> 4 Cinco <input type="checkbox"/> 5 Seis <input type="checkbox"/> 6 Siete <input type="checkbox"/> 7 Ocho <input type="checkbox"/> 8 Nueve <input type="checkbox"/> 9 Diez <input type="checkbox"/> 10	14) LUGAR DE OCURENCIA Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/> 1 Casa <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 3 Especifique _____	Código de esta blecimiento de salud 14.1) Lugar donde ocurrió el nacimiento _____ 14.2) Provincia _____ 14.3) Cantón _____ 14.4) Parroquia urbana o rural _____ 14.5) Dirección _____ 14.6) Teléfono _____
7) FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ Año Mes Día	11) TIPO DE PARTO Normal <input type="checkbox"/> 1 Cesárea <input type="checkbox"/> 2	15) EL NIÑO/A FALLECIÓ DESPUÉS DEL NACIMIENTO SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	

8) TALLA ____ cm.	9) PESO ____ gramos	10) SEMANAS DE GESTACIÓN ____ semanas	12) APGAR 1 min _____ 5 min _____ Probabilidad de vida califique de 1 a 10	16) ASISTIDO POR Médico/a <input type="checkbox"/> 1 Obstetriz/Obstetra <input type="checkbox"/> 2 Enfermera/o <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4 Partera/o calificada/o <input type="checkbox"/> 5 Partera/o no calificada/o <input type="checkbox"/> 6 (comadrona, líder comunitario) Otro <input type="checkbox"/> 7 Especifique _____	15) EL NIÑO/A FALLECIÓ DESPUÉS DEL NACIMIENTO USO INEC
----------------------	------------------------	--	---	---	---

17) PERÍMETRO CEFÁLICO ____ cm Enteros Decimal	18) VACUNA HEPATITIS B SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	20) CLAMPEO OPORTUNO Pinzamiento oportuno cuando deje latir el cordón umbilical SI <input type="checkbox"/> 1 Pase a 21 NO <input type="checkbox"/> 2 Pase a 20.1	20.1) RAZONES POR LAS QUE NO SE REALIZÓ EL CLAMPEO OPORTUNO Si respondió NO, escoja porque no se realizó el clampeo oportuno Condición de la madre <input type="checkbox"/> 1 Condición del nacido vivo <input type="checkbox"/> 2
--	--	--	---

19) TIPO DE SANGRE No se realizó la prueba <input type="checkbox"/> 1 A+ <input type="checkbox"/> 2 A- <input type="checkbox"/> 3 AB+ <input type="checkbox"/> 4 AB- <input type="checkbox"/> 5 B+ <input type="checkbox"/> 6 B- <input type="checkbox"/> 7 O+ <input type="checkbox"/> 8 O- <input type="checkbox"/> 9	21) APEGO Contacto inmediato del Nacido Vivo con la madre dentro de la primera hora luego del nacimiento SI <input type="checkbox"/> 1 Pase a 22 NO <input type="checkbox"/> 2 Pase a 21.1	21.1) RAZONES POR LAS QUE NO REALIZÓ EL APEGO Si respondió NO, escoja porque no se realizó el apego Condición de la madre <input type="checkbox"/> 1 Condición del nacido vivo <input type="checkbox"/> 2
--	---	--

22) LACTANCIA Suministro de leche materna durante la primera hora de vida SI <input type="checkbox"/> 1 Pase a 23 NO <input type="checkbox"/> 2 Pase a 22.1		22.1) RAZONES POR LAS QUE NO REALIZÓ LA LACTANCIA Si respondió NO, escoja porque no se realizó la lactancia Condición de la madre <input type="checkbox"/> 1 Condición del nacido vivo <input type="checkbox"/> 2
--	--	--

23) TIENE MALFORMACIONES CONGÉNITAS SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	23.1) TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA ÚNICA <input type="checkbox"/> 1 MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> 2	} Describir la malformación congénita en la pregunta 23.2
---	---	---

23.2) DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA 1)..... 2)..... 3)..... 4).....	Código CIE-10 USO INEC
--	---------------------------

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

230000

INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO (IENV)

(B) DATOS DE LA MADRE

24) NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD / NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN (NUI) / PASAPORTE / OTROS <i>Campo obligatorio, asegúrese de copiar textualmente el número único de identificación / pasaporte / otros.</i>		25) APELLIDOS Y NOMBRES <i>Campo obligatorio, en el que debe constar los apellidos y nombres idénticos a los registrados en la cédula de identidad / número único de identificación (NUI) / partida de nacimiento / pasaporte / otros.</i>		26) NACIONALIDAD			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		USO INEC <input type="text"/> Código del país Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 Extranjera <input type="checkbox"/> 2 → <input type="text"/> Nombre del país			
27) FECHA DE NACIMIENTO		28) EDAD <i>(En años cumplidos a la fecha de parto)</i>	29) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO ?	30) NÚMERO DE EMBARAZOS Y PARTOS <i>(Incluido el actual)</i>			
____/____/____ Año Mes Día		<input type="text"/>	<input type="text"/>	30.1) Número de embarazos → <input type="text"/> 30.2) Número de partos → <input type="text"/>			
31) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE?		32) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO?		33) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS?			
(Incluido el actual) <input type="text"/>		(A la fecha del parto) <input type="text"/>		(A la fecha del parto) <input type="text"/>			
34) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	35) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL	36) INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO		37) RESIDENCIA HABITUAL			
<i>De acuerdo con la cultura y costumbres como se autoidentifica.</i> Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriana/Afrodscendiente <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mulata <input type="checkbox"/> 4 Montubia <input type="checkbox"/> 5 Mestiza <input type="checkbox"/> 6 Blanca <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8	Unión libre <input type="checkbox"/> 1 Soltera <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 3 Divorciada <input type="checkbox"/> 4 Separada <input type="checkbox"/> 5 Viuda <input type="checkbox"/> 6 Unión de hecho <input type="checkbox"/> 7	36.1) ÚLTIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Centro de alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Educación Básica <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 4 Educación Media/Bachillerato <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario <input type="checkbox"/> 6 Superior universitario <input type="checkbox"/> 7 Posgrado <input type="checkbox"/> 8		36.2) ALFABETISMO ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		37.1) Provincia _____ 37.2) Cantón _____ 37.3) Parroquia urbana o rural _____ 37.4) Dirección domiciliaria _____ 37.5) Teléfono convencional _____ 37.6) Teléfono Celular _____ 37.7) Correo electrónico _____ DPA <input type="text"/> USO INEC <input type="text"/>	

(C) INFORMACIÓN GENERAL

38) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO <i>Campo obligatorio, deben constar todos los datos de la persona que certifica el nacimiento</i>				<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">Selbo del profesional que certifica el nacimiento</div>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
No. cédula de identidad/ número único de identificación(NUI) / pasaporte	Apellidos y nombres	Nº Teléfono	Firma	

39) DATOS DEL SERVIDOR/A DE REGISTRO CIVIL QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN, PARTOS SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. cédula de identidad/ número único de identificación(NUI) / pasaporte	Apellidos y nombres	Nº Teléfono	Firma

(D) ESPACIO DESTINADO PARA QUE SE PUEDA ANOTAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL NACIMIENTO

40) OBSERVACIONES:		USO INEC <input type="text"/> Código crítico - codificador
<input type="text"/>		

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS