

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:  Oficina No. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	2) PROVINCIA : ..... CANTÓN: ..... PARROQUIA URBANA : ..... PARROQUIA RURAL: ..... 3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Mes <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Día <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4) Acta de Inscripción No. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
---	--

**(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL**

5) SEXO	6) FECHA DE OCURRENCIA	7) OCURRIDO EN	8) ASISTIDO POR	9) TIPO DE EMBARAZO	10) LUGAR DE OCURRENCIA
Hombre <input type="checkbox"/> 1  Mujer <input type="checkbox"/> 2	Año <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Mes <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Día <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1 Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2 Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3 Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4 Casa <input type="checkbox"/> 5 Otro ..... <input type="checkbox"/> 6	Médico <input type="checkbox"/> 1 Obstetriz <input type="checkbox"/> 2 Enfermera <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4 Partera Calificada <input type="checkbox"/> 5 Comadrona No calificada <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7	Simple <input type="checkbox"/> 1 Doble <input type="checkbox"/> 2 Triple <input type="checkbox"/> 3 Cuádruple ó más <input type="checkbox"/> 4	Provincia ..... Cantón ..... Ciudad ..... Parroquia rural ..... Localidad ..... Uso INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
12) PERÍODO DE GESTACIÓN EN SEMANAS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>			13) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL ..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		

**(B) DATOS DE LA MADRE**

14) NOMBRES Y APELLIDOS ..... 15) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha de ocurrido el hecho) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 16) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 17) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha de ocurrido el hecho) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 18) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? (incluyendo al que registra) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 19) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 IGNORADO <input type="checkbox"/> 9	ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN 20) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 ↓ 21) NIVEL DE INSTRUCCIÓN Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Secundario <input type="checkbox"/> 3 Educación Básica <input type="checkbox"/> 4 Educación Media <input type="checkbox"/> 5 Ciclo Post - Bachillerato <input type="checkbox"/> 6 Superior <input type="checkbox"/> 7 Postgrado <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE Provincia ..... Cantón ..... Ciudad ..... Parroquia rural ..... Localidad ..... Uso INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3 23) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3 24) Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2
---	---	--

**(C) INFORMACIÓN GENERAL**

25) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL Nombres y Apellidos ..... Dirección de la consulta ó domicilio N° Teléfono ..... Ciudad o Parroquia Rural - Provincia ..... Firma .....	26) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL: Nombre del Establecimientos de Salud ..... Ciudad o Parroquia Rural ..... Dirección y N° Teléfono .....	OBSERVACIONES: Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre el nacimiento ocurrido. ..... ..... ..... ..... .....
--	---	---

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS