INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

- 2010

Form. EV - 4

instituto nacional de estadística y censos

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:

..... Oficina No.

2) PROVINCIA: .....

CANTÓN: ..... PARROQUIA URBANA: .....

PARROQUIA RURAL: .....

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año Mes Día

4) Acta de Inscripción Nº.

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

5) SEXO

Hombre ☐ 1

Mujer ☐ 2

6) FECHA DE OCURRENCIA

Año

Mes

Día

7) OCURRIDO EN

- Establecimiento del Ministerio de Salud ☐ 1
- Establecimiento del IESS ☐ 2
- Otro Establecimiento del Estado ☐ 3
- Hospital, Clínica o Consultorio Particular ☐ 4
- Casa ☐ 5
- Otro ..... ☐ 6

8) ASISTIDO POR

- Médico ☐ 1
- Obstetriz ☐ 2
- Enfermera ☐ 3
- Auxiliar de Enfermería ☐ 4
- Partera Calificada ☐ 5
- Comadrona No calificada ☐ 6
- Otro ☐ 7

9) TIPO DE EMBARAZO

- Simple ☐ 1
- Doble ☐ 2
- Triple ☐ 3
- Cuádruple o más ☐ 4

10) LUGAR DE OCURRENCIA

Provincia .....

Cantón .....

Ciudad .....

Parroquia rural .....

Localidad .....

Uso INEC

11) ÁREA

- Urbana ☐ 1
- Rural ☐ 2
- Periférica ☐ 3

12) PERÍODO DE GESTACIÓN, EN SEMANAS

13) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL

.....

(B) DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS

.....

15) EDAD DE LA MADRE
(En años cumplidos a la fecha de ocurrido el hecho)

16) ¿ CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE ?

17) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO?
(a la fecha de ocurrido el hecho)

18) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS?
(incluyendo al que registra)

19) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO?

- SI ☐ 1
- NO ☐ 2
- IGNORADO ☐ 9

ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN

20) ¿ SABE LEER Y ESCRIBIR ?

SI ☐ 1 NO ☐ 2

21) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- Ninguno ☐ 0
- Centro de Alfabetización ☐ 1
- Primaria ☐ 2
- Secundario ☐ 3
- Educación Básica ☐ 4
- Educación Media ☐ 5
- Ciclo Post - Bachillerato ☐ 6
- Superior ☐ 7
- Postgrado ☐ 8
- Se ignora ☐ 9

22) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE

Provincia .....

Cantón .....

Ciudad .....

Parroquia rural .....

Localidad .....

Uso INEC

23) ÀREA

- Urbana ☐ 1
- Rural ☐ 2
- Periférica ☐ 3

24)

- Residente ☐ 1
- No Residente ☐ 2

(C) INFORMACIÓN GENERAL

25) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL

..... Nombres y Apellidos

..... Dirección de la consulta ó domicilio Nª 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 Nª 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.

.....

.....

.....

.....

.....