

INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO

- 2010

Form. EV - 1



ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

2) PROVINCIA:

CANTÓN: PARROQUIA URBANA:

PARROQUIA RURAL:

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año Mes Día

4) Acta de Inscripción N°. (Debe ser el mismo que consta en el libro de Inscripciones)

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:

Oficina No.

(A) DATOS DEL NACIDO VIVO

5) APELLIDOS						NOMBRES					
6) SEXO	9) FECHA DE NACIMIENTO	11) NACIDO EN:	12) ASISTIDO POR	13) TIPO DE EMBARAZO	14) LUGAR DE NACIMIENTO						
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	 Año Mes Día	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 capacitada <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 						
7) TALLA					USO INEC 15) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3						
 cm											
8) PESO	10) SEMANAS DE GESTACIÓN										
 gramos	Número de semanas de gestación del nacido vivo. 										

(B) DATOS DE LA MADRE

16) NOMBRES Y APELLIDOS	22) PERTENENCIA ÉTNICA	ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN	26) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE	
17) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha del parto) 	Con la finalidad de que el país pueda disponer de información sobre esta temática, es importante conocer cómo se AUTOIDENTIFICA la madre del recién nacido. Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afro - Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 2 Mestiza <input type="checkbox"/> 3 Otra <input type="checkbox"/> 4 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	24) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 25) NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO 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	Provincia Cantón Ciudad Parroquia rural Localidad 	
18) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? (Incluido al que inscribe) 	23) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL		USO INEC 27) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3 28) Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2	
19) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha del parto) 		Unida <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 Se Ignora <input type="checkbox"/> 9		
20) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS ? 				
21) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 IGNORADO <input type="checkbox"/> 9				

(C) INFORMACIÓN GENERAL

29) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Nombres y Apellidos <p>Dirección de la consulta ó domicilio. N° Teléfono</p> <p>Ciudad o Parroquia Rural - Provincia</p> <p>Firma</p>	30) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Nombre del establecimiento de salud. <p>Ciudad o Parroquia Rural - Provincia</p> <p>Dirección y N° Teléfono</p> <p><i>Si el nacimiento ocurrió en un lugar diferente a un establecimiento de salud, deje en blanco estos espacios.</i></p>	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