

# INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

- 2011

Form. EV - 4



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 N°.

## (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; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Mes <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Día <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" 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/a <input type="checkbox"/> 1 Obstetriz <input type="checkbox"/> 2 Enfermero/a <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 o más <input type="checkbox"/> 4	Provincia ..... Cantón ..... Ciudad ..... Parroquia Rural ..... Localidad ..... <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					<b>11) ÁREA</b> 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; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		13) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL ..... <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			

## (B) DATOS DE LA MADRE

14) NOMBRES Y APELLIDOS	ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN	23) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
15) EDAD DE LA MADRE. (En años cumplidos a la fecha de ocurrido el hecho) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	21) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	Provincia ..... Cantón ..... Ciudad ..... Parroquia rural ..... Localidad ..... <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
16) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE ? <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	22) NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Uso INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
17) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha de ocurrido el hecho) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	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	
18) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS ? (incluyendo al que registra) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<b>24) ÁREA</b> Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2
19) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 IGNORADO <input type="checkbox"/> 9		
20) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL		
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		

## (C) INFORMACIÓN GENERAL

26) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL	27) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL:	OBSERVACIONES:
Nombres y Apellidos .....	Nombre del Establecimiento de Salud .....	Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre el nacimiento ocurrido.
Dirección de la consulta ó domicilio N° Teléfono .....	Ciudad o Parroquia Rural .....	
Ciudad o Parroquia Rural - Provincia .....	Dirección y N° Teléfono .....	
Firma .....		

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS