

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"/> <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"/> <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 <div style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 11) ÁREA Uso INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3 </div>
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"/>			

(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
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	Localidad <div style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 24) ÁREA Uso INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3 </div>
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	25) Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2
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"/>	Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1	
19) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 IGNORADO <input type="checkbox"/> 9	Primaria <input type="checkbox"/> 2	
20) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL	Secundario <input type="checkbox"/> 3	
Unida <input type="checkbox"/> 1 Soltera <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 3	Educación Básica <input type="checkbox"/> 4	
Divorciada <input type="checkbox"/> 4 Separada <input type="checkbox"/> 5 Viuda <input type="checkbox"/> 6	Educación Media <input type="checkbox"/> 5	
Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Ciclo Post - Bachillerato <input type="checkbox"/> 6	
	Superior <input type="checkbox"/> 7	
	Postgrado <input type="checkbox"/> 8	
	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