

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°: (Debe ser el mismo que consta en el libro de Inscripciones)

(A) DATOS DEL NACIDO VIVO

5) APELLIDOS NOMBRES

6) SEXO	9) GRUPO SANGUÍNEO	11) FECHA DE NACIMIENTO	13) TIPO DE EMBARAZO	14) NACIDO EN:	15) ASISTIDO POR:	16) LUGAR DE NACIMIENTO
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	Tipo de Sangre: A <input type="checkbox"/> 1 B <input type="checkbox"/> 2 AB <input type="checkbox"/> 3 O <input type="checkbox"/> 4 Ignorado	Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Día <input type="text"/> <input type="text"/>	(MULTIPARIDAD) Simple <input type="checkbox"/> 1 Doble <input type="checkbox"/> 2 Triple <input type="checkbox"/> 3 Cuádruple ó más <input type="checkbox"/> 4	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	Provincia Cantón Ciudad Parroquia rural Localidad <input type="text"/>
7) TALLA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Factor Rh: + <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 Ignorado	10) TIPO DE PARTO Normal <input type="checkbox"/> 1 Cesárea <input type="checkbox"/> 2	12) SEMANAS DE GESTACIÓN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas	Se debe considerar que para cada nacido vivo corresponde llenar un formulario en forma independiente.		USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
8) PESO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramos						17) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3

(B) DATOS DE LA MADRE

18) NOMBRES Y APELLIDOS: _____	19) EDAD (En años cumplidos a la fecha del parto) <input type="text"/> <input type="text"/>	20) NACIONALIDAD Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 Extranjera <input type="checkbox"/> 2	21) IDENTIFICACIÓN (Cédula Identidad . o Pasaporte) _____
22) CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? (Incluido al que inscribe) <input type="text"/> <input type="text"/>	26) ETNICIDAD DE LA MADRE <i>De acuerdo con la cultura, costumbres y autoidentificación étnica como se considera la madre del nacido vivo.</i> Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afro – Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mulata <input type="checkbox"/> 4 Montubia <input type="checkbox"/> 5 Mestiza <input type="checkbox"/> 6 Blanca <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8	ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN 28) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 29) 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	30) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE Provincia Cantón Ciudad Parroquia rural Localidad <input type="text"/>
23) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha del parto) <input type="text"/> <input type="text"/>	27) 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	USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3	
24) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? <input type="text"/> <input type="text"/>	31) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3		
25) RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	32) Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2		

(C) DATOS DEL PADRE

33) NOMBRES Y APELLIDOS: _____	34) EDAD (En años cumplidos a la fecha del nacimiento) <input type="text"/> <input type="text"/>	35) NACIONALIDAD Ecuatoriano <input type="checkbox"/> 1 Extranjero <input type="checkbox"/> 2
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

(D) INFORMACIÓN GENERAL

36) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:

Nombres y Apellidos N° Teléfono N° Registro Profesional Firma

37) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO:

Nombre del Establecimiento Ciudad o Parroquia Rural – Provincia Dirección v N° Teléfono

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS