

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

La información de este recuadro deberá ser llenado por funcionarios de las Oficinas del Registro Civil, en el momento de la Inscripción.

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:

| | | |
|--|----------|--|
| | USO INEC | |
|--|----------|--|

Oficina No. _____

2) PROVINCIA:

CANTÓN:

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

ANO MES DIA

PARROQUIA URBANA O RURAL:

4) ACTA DE INSCRIPCIÓN: _____

(Debe ser el mismo que conste en el libro de Inscripciones)

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

| 5) SEXO | 8) ASISTIDO POR: | 9) PRODUCTO DEL EMBARAZO | 10) LUGAR DE OCURENCIA |
|---|---|---|--|
| Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2 | Médico/a <input type="checkbox"/> 1 Obstetrix/Obstetra <input type="checkbox"/> 2 Enfermero/a <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4 Partero(a) Calificada <input type="checkbox"/> 5 (comadrona, líder comunitario) Partero(a) no calificada <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 <i>En el caso de no ser SIMPLE se debe considerar que para cada defunción fetal, corresponde llenar un formulario en forma independiente.</i> | Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1 Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2 Establecimiento de la Junta de Beneficencia <input type="checkbox"/> 3 Otro Establecimiento Público (Municipios, Consejos Provinciales, FF. AA., Policía, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Hospital, Clínica o Consultorio privado <input type="checkbox"/> 5 Casa <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7 |
| 6) PERÍODO DE GESTACIÓN Semanas | | | 10.1) Nombre del establecimiento de Salud 10.2) Provincia / 10.3) Cantón / 10.4) Parroquia Urbana o Rural 10.5) Ciudad o localidad |
| 7) FECHA DE OCURENCIA Año Mes Día | | | 11) ÁREA: USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 |

12) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL: _____

CIE - 10

(B) DATOS DE LA MADRE

| | | |
|---|---|---|
| 13) NOMBRES Y APELLIDOS No. Cédula de identidad ó Pasaporte | 14) FECHA DE NACIMIENTO Año Mes Día | 15) NACIONALIDAD: Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 Extranjera <input type="checkbox"/> 2 → Nombre de país |
| 16) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? _____ | 17) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? _____ <i>(a la fecha de ocurrido el hecho)</i> | 18) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? _____ <i>(Incluyendo al que registra)</i> |
| 19) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO? _____ | 20) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE <i>De acuerdo con la cultura y costumbres como se autoidentifica la madre.</i> | 21) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL |
| | Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriana <input type="checkbox"/> 2 Afrodescendiente <input type="checkbox"/> 3 Negra <input type="checkbox"/> 4 Mulata <input type="checkbox"/> 5 Montubia <input type="checkbox"/> 6 Mestiza <input type="checkbox"/> 7 Blanca <input type="checkbox"/> 8 Otra <input type="checkbox"/> 9 | 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 |
| | 22) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 | ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN |
| | 23) 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 | 24) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE Provincia Cantón Parroquia Urbana o Rural Ciudad o Localidad |
| | 25) ÁREA: USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 | |

(C) INFORMACIÓN GENERAL

26) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL:

Nombres y Apellidos

Nº Teléfono

Nº Registro Profesional

Firma

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

El Informe Estadístico de Defunción Fetal, constituye el requisito indispensable para el registro de este hecho vital en las Oficinas del Registro Civil.

DEFINICIÓN DE DEFUNCIÓN FETAL.- Se entenderá por defunción fetal a la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

¿QUIÉN DEBE LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO?.-

Cuando la defunción fetal ocurra con atención de médico, obstetrix o enfermera, en un establecimiento de salud, el Informe Estadístico de Defunción Fetal deben llenar dichos profesionales en todo su contenido, a excepción de los espacios destinados para USO INEC y los numerales del 1 al 4 que debe llenar el funcionario de la Oficina del Registro Civil.

Si la defunción fetal ocurre sin atención profesional, el Informe Estadístico debe llenar un funcionario de salud con las mismas condiciones anteriores, dejando en blanco el numeral 10.1 al 10.5 En los lugares donde no haya funcionario de salud, el Informe Estadístico llenará el Jefe de Registro Civil en todo su contenido conservando en blanco el numeral 26.

En cualquiera de los casos el Informe Estadístico de Defunción Fetal, se llenará por duplicado, a máquina o con letra clara, legible, en imprenta y sin borrones ni enmendaduras. El original debe archivar en la oficina de Registro Civil y el duplicado se enviará al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Para llenar el informe Estadístico de Defunción Fetal, proceda de la siguiente manera:

- 1) Anote el nombre de la capital de provincia, cabecera cantonal o parroquial u oficina en donde se encuentra la Oficina del Registro Civil.
- 2) Escriba el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural en donde está ubicada la oficina en la que se registra la defunción fetal.
- 3) En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que se efectúa el registro de la defunción fetal.
- 4) Anote el número de registro de la defunción fetal, empezando con el número (1) la primera defunción fetal informada en el año, siguiendo la numeración en orden ascendente, sin repetir ni omitir ningún número hasta el 31 de diciembre del mismo año.

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

- 5) **Sexo.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al sexo.
- 6) **Período de gestación en semanas.-** Anote el período de gestación (tiempo de embarazo), en semanas completas.
- 7) **Fecha de ocurrencia.-** En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en que ocurrió la defunción fetal.
- 8) **Asistido por.-** Según el caso, marque con una "X" la casilla correspondiente, se marcará Otro (7), para casos diferentes a las casillas 1 a 6, el que se incluye por ejemplo: colaboración voluntaria, familiares o la misma madre. AL LIDER COMUNITARIO: Se le considera como Partero no calificado, si ha recibido algún curso de salud.
- 9) **Producto del Embarazo.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de embarazo. Si es un embarazo doble, los dos niños nacieron muertos, se elaborarán dos informes uno por cada defunción fetal. Si el embarazo es triple y los tres niños nacieron muertos, se elaborarán tres informes. Proceda en igual forma para cuádruples o más.
- 10) **Lugar de Ocurrencia.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al establecimiento o lugar donde se produjo la defunción fetal:
En establecimiento del Ministerio de Salud.- Se marcará cuando la defunción fetal, haya ocurrido en cualquier casa de salud perteneciente a dicho Ministerio.
En establecimiento del IESS (INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL), se marcará el hecho ocurrido en sus establecimientos.
En Otro establecimiento del Estado, se marcará si ocurrió en hospitales de las Fuerzas Armadas, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Municipio, etc.
En Hospital, Clínica o Consultorio Privado, se marcará si el hecho se produjo en un establecimiento del sector privado.
En casa, se marcará cuando el hecho haya ocurrido en un domicilio particular.
En Otro, se marcará cuando el hecho haya ocurrido en un lugar que no sea ninguno de los anteriormente mencionados, como vehículo, vía pública, etc.
Cuando la defunción fetal ocurrió en un establecimiento de salud, escriba con claridad en el literal **10.1** el nombre de dicho establecimiento, en el literal **10.2** la provincia, en el **10.3** el cantón, en el **10.4** parroquia urbana o rural y en el **10.5** la ciudad o localidad de ubicación de dicho establecimiento de salud.
El **Código del establecimiento de salud** corresponde al que tiene asignado por parte del Ministerio de Salud Público. Deje en blanco en caso de que la defunción fetal ocurrió en Casa u Otro.
- 11) **Área.-** No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC.
- 12) **Causa que ocasionó la defunción fetal.-** Escriba la causa original o básica que produjo la defunción fetal, la misma que debe ser informada por el profesional que atendió el hecho. En caso de no haber atención profesional, anote la causa que presumiblemente ocasionó esta defunción.

(B) DATOS DE LA MADRE

- 13) **Nombres y apellidos.-** Escriba los nombres y apellidos completos de la madre y número de cédula de ciudadanía.
- 14) **Fecha de Nacimiento.-** En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que nació la madre.
- 15) **Nacionalidad.-** Según sea el caso marque la Nacionalidad de la madre. Si es extranjera, mencione el nombre del país.
- 16) **¿Cuántos hijos vivos tiene actualmente?.-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos actualmente vivos. Si no hay ninguno, anote 00.
- 17) **¿Cuántos hijos que nacieron vivos han muerto? (a la fecha de ocurrido el hecho).-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos que han nacido vivos, pero que ya han fallecido. Cuando no haya ninguno, anote 00.
- 18) **¿Cuántos hijos nacieron muertos? (Incluyendo el que registra).-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos que nacieron muertos, incluyendo el que registra. Si el que registra es el primer hijo nacido muerto, anote 01.
- 19) **¿Cuántos controles prenatales recibió en este embarazo?.-** Indique el número de controles prenatales por profesional (médico, obstetrix, enfermera) que recibió la madre durante el embarazo.
- 20) **Auto-identificación étnica de la madre.-** Marque con una "X" una de las casillas predeterminadas que corresponda a la auto identificación de la madre de la defunción fetal. Si la persona que informa no se identifica con ninguna de las siete mencionadas, marque Otra (8).
- 21) **Estado Civil y/o conyugal.-** Marque con una "X" el estado civil o conyugal de la madre, si se ignora marque la casilla (9).

Alfabetismo e Instrucción.-

- 22) **¿Sabe leer y escribir? Marque con una "X" la casilla correspondiente.**
- 23) **Nivel de Instrucción alcanzado .-** Marque con una "X" la casilla del último nivel de instrucción aprobado por la madre. Ejemplo: Si esta en 2 año de secundaria, el último nivel de instrucción alcanzado será primaria
- 24) **Residencia habitual de la madre.-** Escriba el nombre de la provincia, cantón, parroquia urbana o rural y ciudad o localidad, donde habitualmente reside la madre.
- 25) **Área.-** No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC.

(C) INFORMACIÓN GENERAL

- 26) **Datos de la persona que atendió la defunción fetal.-** Si la defunción fetal fue atendida por un profesional o un NO profesional haga constar los nombres y apellidos, No, de teléfono, No. de Registro Profesional y firma de la persona que atendió la defunción fetal.