

# FORMULARIO 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.	Año	Mes	Día
2) PROVINCIA: .....					
CANTÓN: .....			3) FECHA DE INSCRIPCIÓN:		
PARROQUIA URBANA O RURAL: .....			AÑO	MES	DÍA
			4) ACTA DE INSCRIPCIÓN:		
			(Debe ser el mismo que conste en el libro de Inscripciones)		

## (A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

5) SEXO	8) PRODUCTO DEL EMBARAZO	9) ASISTIDO POR:	10) LUGAR DE OCURRENCIA
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	Simple <input type="checkbox"/> 1 Doble <input type="checkbox"/> 2 Triple <input type="checkbox"/> 3 Cuádruple o más <input type="checkbox"/> 4	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 calificado/a (comadrona, líder comunitario) <input type="checkbox"/> 5 Partero/a no Calificado/a <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7 Especifique .....	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 Especifique .....
6) SEMANAS DE GESTACIÓN Semanas: _____ 7) FECHA DE OCURRENCIA Año: _____ Mes: _____ Día: _____	En el caso de no ser Simple se debe considerar que para cada defunción fetal, corresponde llenar un formulario en forma independiente.	USO INEC Código del Establecimiento de Salud: _____ 10.1) Nombre del establecimiento de Salud: _____ 10.2) Provincia: _____ 10.3) Cantón: _____ 10.4) Parroquia Urbana ó Rural: _____ 10.5) Localidad: _____	
			11) ÁREA: Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2

12) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL: \_\_\_\_\_  
 USO INEC  
 CIE - 10: \_\_\_\_\_

## (B) DATOS DE LA MADRE

13) NOMBRES Y APELLIDOS: _____	14) NACIONALIDAD: Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 Extranjera <input type="checkbox"/> 2 → Nombre del país: _____	15) CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE USO INEC Código del país: _____
16) FECHA DE NACIMIENTO Año: _____ Mes: _____ Día: _____	17) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha de ocurrencia) _____	18) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? (a la fecha de ocurrido el hecho) _____
19) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha de ocurrido el hecho) _____	20) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? (Incluyendo al que registra) _____	21) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO? _____
22) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE De acuerdo con la cultura y costumbres como se autoidentifica la madre. 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"/> 8	23) 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	ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN 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/Bachillerato <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
26) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE Provincia: _____ Cantón: _____ Parroquia Urbana o Rural: _____ Localidad: _____ Dirección Domiciliaria: _____		
27) ÁREA: Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2		

## (C) INFORMACIÓN GENERAL

28) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL: \_\_\_\_\_

Names and Surnames	No. Cédula de identidad/Pasaporte	Nº Teléfono	Nº Registro Profesional	Signature and Seal
--------------------	-----------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------

Observaciones: Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre la Defunción Fetal ocurrida.

USO INEC  
 Código crítico - codificador: \_\_\_\_\_

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE DEFUNCIÓN FETAL

El Formulario de Defunción Fetal, constituye el requisito indispensable para el registro de este hecho vital en las Oficinas del Registro Civil, razón por la cual debe ser entregado inmediatamente después de ocurrido el hecho. Se requiere que la información que se consigne sea completa y veraz.

**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 FORMULARIO?.-

Cuando la defunción fetal ocurra con atención de médico, obstetrix/obstetra o enfermera, en un establecimiento de salud, el Formulario 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 formulario debe llenar un funcionario de salud, en todos los espacios que corresponde. En los lugares donde no haya funcionario de salud el formulario llenará el Jefe de Registro Civil en todo su contenido, dejando los espacios en blanco que es para USO INEC, y anotando en Observaciones cualquier indicación que permita aclarar algún dato.

Cuando la defunción fetal ocurre en un establecimiento de salud y es atendido por Auxiliar de Enfermería, debe registrar además la información del numeral 28 e igual tratamiento se dará en el caso de que sea asistido por partera(o) calificada(o), partera(o) no calificada(o) u otro (En el numeral 28 se registrará nombres, apellidos y número de cédula).

El original de este formulario debe ser enviado al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), mientras que una copia será para el Establecimiento de Salud y la otra para la oficina del Registro Civil. El Formulario de Defunción Fetal debe ser llenado a máquina o con letra clara, legible, en imprenta y sin borrones ni enmendaduras de la siguiente manera:

- 1) Anotar el nombre y No. de la Oficina de Registro Civil donde se inscribe.
- 2) Escribir el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural donde está ubicada la Oficina del Registro Civil, en la cual se inscribe el hecho.
- 3) En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que se efectúa la inscripción de la defunción fetal.
- 4) Anote el número de Acta de inscripción (que consta en el libro de Registros), empezando con el número (1) la primera inscripción realizada en el año de información, 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) **Semanas de gestación.-** Es el período en semanas que va desde la última menstruación hasta el momento de ocurrido el hecho. 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) **Producto del Embarazo.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de embarazo. Si es un embarazo doble, y los dos niños nacieron muertos, se llenarán dos formularios uno por cada defunción fetal. Si el embarazo es triple y los tres niños nacieron muertos, se llenarán tres formularios. Proceda en igual forma para cuádruples o más.
- 9) **Asistido por.-** Según el caso, marque con una "X" la casilla correspondiente. En el caso que haya sido un grupo de profesionales de la salud quienes atendieron la defunción fetal, se debe registrar únicamente el de mayor rango. Se marcará Otro (7), para casos diferentes a las casillas 1 a 6, además se debe especificar quien atendió el parto, se puede incluir: colaboración voluntaria, familiares o la misma madre. En el numeral (6), puede registrarse para casos que fue asistido por un líder comunitario, si ha recibido algún curso de salud. En el caso que el partero tenga un certificado que avale su conocimiento se marcará la casilla (5)
- 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 (parroquia urbana) o localidad (parroquia rural) 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.
- 14) **Nacionalidad.-** Según sea el caso marque la Nacionalidad de la madre. Si es extranjera, mencione el nombre del país.
- 15) **Cédula de ciudadanía o pasaporte.-** Anote el número de cédula de ciudadanía ó pasaporte de la madre.
- 16) **Fecha de Nacimiento.-** En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que nació la madre.
- 17) **Edad de la madre.-** Anote la edad de la madre en años cumplidos a la fecha de ocurrido el hecho.
- 18) **¿Cuántos hijos vivos tiene actualmente?.-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos actualmente vivos. Si no hay ninguno, anote 00.
- 19) **¿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 han fallecido. Cuando no haya ninguno, anote 00.
- 20) **¿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.
- 21) **¿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.**
- 22) **Autoidentificación étnica de la madre.-** Marque con una "X" una de las casillas predeterminadas que corresponda a la autoidentificación de la madre de la defunción fetal. Si la persona que informa no se identifica con ninguna de las siete mencionadas, marque Otra (8).
- 23) **Estado Civil y/o conyugal.-** Marque con una "X" el estado civil o conyugal de la madre, si se ignora marque la casilla (9).
- 24) **Alfabetismo e Instrucción.-**
- 25) **¿Sabe leer y escribir? Marque con una "X" la casilla correspondiente.**
- 26) **Nivel de Instrucción alcanzado.-** Marque con una "X" la casilla del último nivel de instrucción aprobado por la madre. Ejemplo: Si, al momento de ocurrido el hecho, la madre está cursando el 2do año de secundaria, el último nivel de instrucción alcanzado será primaria.
- 27) **Residencia habitual de la madre.-** Escriba el nombre de la provincia, cantón, parroquia urbana o rural, ciudad (parroquia urbana) o localidad (parroquia rural) y dirección domiciliaria donde habitualmente reside la madre.
- 28) **Área.-** No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC.

### (C) INFORMACIÓN GENERAL

- 28) **Datos de la persona que atendió la defunción fetal.-** Registre los Nombres y Apellidos, Número de cédula de identidad o de pasaporte, Número de teléfono, Número de Registro Profesional y Firma y sello de la persona que atendió la defunción fetal, así como el sello del establecimiento de salud (estos campos son obligatorios para el personal de Salud; a excepción del campo No. de registro para las enfermeras y auxiliar de enfermería).

**OBSERVACIONES:** Este espacio está destinado, para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre la defunción fetal. No coloque el sello del Establecimiento de Salud o de la oficina de Estadística en los lugares donde se anota la información.

**Código crítico – codificador.-** No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC.