

EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA CLARA, LEGIBLE, EN IMPRENTA Y SIN BORRONES NI ENMENDADURAS.

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO



1500000001

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.

USO INEC Fecha de crítica

____/____/____
Año Mes Día

2) PROVINCIA:

CANTÓN:

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: ____/____/____
Año Mes Día

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) PRODUCTO DEL EMBARAZO	9) ASISTIDO POR:	10) LUGAR DE OCURENCIA
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 <i>En el caso de no ser Simple se debe considerar que para cada defunción fetal, corresponde llenar un formulario en forma independiente.</i>	Médico/a <input type="checkbox"/> 1 Obstetriz/Obstetra <input type="checkbox"/> 2 Enfermero/a <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4 Partero/a calificado/a <input type="checkbox"/> 5 <i>(comadrona, líder comunitario)</i> Partero/a no calificado/a <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7 <i>Especifique</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 <i>(Municipios, Consejos Provinciales, FF. AA., Policía, etc.)</i> <input type="checkbox"/> 4 Hospital, clínica o consultorio privado <input type="checkbox"/> 5 Casa <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7 <i>Especifique</i>
6) SEMANAS DE GESTACIÓN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas		10.1) Nombre del establecimiento de salud	
7) FECHA DE OCURENCIA ____/____/____ Año Mes Día		10.2) Provincia 10.3) Cantón 10.4) Parroquia urbana o rural	
		10.5) Localidad	
		USO INEC DPA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

11) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL:

USO INEC

CIE - 10

(B) DATOS DE LA MADRE

12) NOMBRES Y APELLIDOS <i>Es obligatorio este campo, para lo cual debe constar los nombres y apellidos idénticos a los registrados en la cédula o pasaporte</i>	13) NACIONALIDAD: Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 Extranjera <input type="checkbox"/> 2 → <i>Nombre del país</i>	14) CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE <i>Es obligatorio este campo, asegúrese de copiar textualmente el número de la cédula o pasaporte</i>
15) FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ Año Mes Día	16) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha de ocurrencia) <input type="text"/> <input type="text"/>	17) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? <i>(a la fecha de ocurrido el hecho)</i> <input type="text"/> <input type="text"/>
18) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? <i>(a la fecha de ocurrido el hecho)</i> <input type="text"/> <input type="text"/>	19) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? <i>(Incluyendo al que registra)</i> <input type="text"/> <input type="text"/>	20) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO? <input type="text"/> <input type="text"/>
21) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE <i>De acuerdo con la cultura y costumbres cómo se autoidentifica la madre.</i> 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	22) 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	23) ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN 23.1) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 23.2) 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 posbachillerato <input type="checkbox"/> 6 Superior <input type="checkbox"/> 7 Posgrado <input type="checkbox"/> 8
24) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE Provincia Cantón Parroquia urbana o rural Localidad Dirección domiciliaria USO INEC DPA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

(C) INFORMACIÓN GENERAL

25) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL: *Este campo es obligatorio tanto para las defunciones fetales ocurridas con asistencia profesional y sin asistencia profesional, deben constar todos los datos*

..... /

..... /

Nombres y Apellidos No. Cédula de ciudadanía/pasaporte N° Teléfono Firma y Sello

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 MÉDICA (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 deben ser llenados por 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 USO INEC en blanco, y anotando en observaciones alguna 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 25 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 25 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 la primera copia será para la oficina del Registro Civil y la segunda copia para el establecimiento de salud. 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, **10.6** dirección y **10.7** Teléfono. El **Código del establecimiento de salud** es Uso INEC.
- 11) **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

- 12) **Nombres y apellidos.-** Escriba los nombres y apellidos completos de la madre, según como consten en el documento de identificación.
- 13) **Nacionalidad.-** Según sea el caso marque la nacionalidad de la madre. Si es extranjera, anote el nombre del país.
- 14) **Cédula de ciudadanía o pasaporte.-** Anote el número de cédula de ciudadanía o pasaporte de la madre, según como consten en el documento de identificación
- 15) **Fecha de nacimiento.-** En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que nació la madre.
- 16) **Edad de la madre.-** Anote la edad de la madre en años cumplidos a la fecha de ocurrido el hecho.
- 17) **¿Cuántos hijos vivos tiene actualmente?.-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos actualmente vivos. Si no hay ninguno, anote 00.
- 18) **¿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.
- 19) **¿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.
- 20) **¿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.**
- 21) **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).
- 22) **Estado Civil y/o conyugal.-** Marque con una "X" el estado civil o conyugal de la madre.
Alfabetismo e Instrucción.-
- 23.1) **¿Sabe leer y escribir? Marque con una "X" la casilla correspondiente.**
- 23.2) **Nivel de Instrucción alcanzado.-** Marque con una "X" la casilla del último nivel de instrucción aprobado por la madre.
- 24) **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.

(C) INFORMACIÓN GENERAL

25) **Datos de la persona que atendió la defunción fetal.-** Registre los nombres y apellidos, número de cédula de ciudadanía o de pasaporte, número de teléfono, 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. En el caso que la defunción fetal haya sido atendida sin asistencia profesional, el funcionario del Registro Civil que realice la inscripción del hecho debe proceder a llenar este campo con sus datos.

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.