

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) FECHA DE NACIMIENTO	11) NACIDO EN:	12) ASISTIDO POR	13) TIPO DE EMBARAZO	14) LUGAR DE NACIMIENTO
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día	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 <input type="checkbox"/> 1 Obstetriz <input type="checkbox"/> 2 Enfermera <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 ó más <input type="checkbox"/> 4	Provincia ..... Cantón ..... Ciudad ..... Parroquia rural ..... Localidad .....
7) TALLA	10) SEMANAS DE GESTACIÓN	Uso INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3			
<input type="text"/> cm	Número de semanas de gestación del nacido vivo. <input type="text"/>				
8) PESO	15) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3				
<input type="text"/> gramos					

## (B) DATOS DE LA MADRE

16) NOMBRES Y APELLIDOS	22) PERTENENCIA ÉTNICA	ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN	26) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
17) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha del parto)	Con la finalidad de que el país pueda disponer de información sobre esta temática, es importante conocer cómo se AUTOIDENTIFICA la madre del recién nacido. Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afro - Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 2 Mestiza <input type="checkbox"/> 3 Otra <input type="checkbox"/> 4 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	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 <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	Provincia ..... Cantón ..... Ciudad ..... Parroquia rural ..... Localidad .....
18) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? (Incluido al que inscribe)	23) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL	USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3	
19) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha del parto)	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		
20) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS ?	27) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3		
21) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO ?			
SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 IGNORADO <input type="checkbox"/> 9	28) Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2		

## (C) INFORMACIÓN GENERAL

29) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO	30) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO	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 - Provincia	
Ciudad o Parroquia Rural - Provincia	Dirección y N° Teléfono	
Firma	Si el nacimiento ocurrió en un lugar diferente a un establecimiento de salud, deje en blanco estos espacios.	