

## 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 OCURRENCIA
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2 Indeterminado <input type="checkbox"/> 3	Simple <input type="checkbox"/> 1 Doble <input type="checkbox"/> 2 Triple <input type="checkbox"/> 3 Cuádruple <input type="checkbox"/> 4 Quintuple <input type="checkbox"/> 5 Séxtuple <input type="checkbox"/> 6 Séptuple <input type="checkbox"/> 7 Óctuple <input type="checkbox"/> 8 <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 Obstetrix/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> Médico Legista <input type="checkbox"/> 8	Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/> 1 Casa <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 3 <i>Especifique .....</i>
6) SEMANAS DE GESTACIÓN _____ Semanas			<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">USO INEC</span> Código del Establecimiento de Salud
7) FECHA DE OCURRENCIA _____ Año / Mes / Día			10.1) Nombre del establecimiento de salud 10.2) Provincia / 10.3) Cantón / 10.4) Parroquia urbana o rural 10.5) Dirección / 10.6) Teléfono <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">USO INEC</span> DPA

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

### (B) DATOS DE LA MADRE

12) NOMBRES Y APELLIDOS *Es obligatorio este campo, para lo cual debe constar los nombres y apellidos idénticos a los registrados en la cédula o pasaporte* \_\_\_\_\_

13) NACIONALIDAD:  
 Ecuatoriana  1 USO INEC Código del país  
 Extranjera  2 Nombre del país

14) CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE *Usos Establecimientos de Salud o Registro Civil*  
USO INEC  
*Es obligatorio este campo, asegúrese de copiar textualmente el número de la cédula o pasaporte*

15) FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 Año / Mes / Día

16) EDAD DE LA MADRE *(En años cumplidos a la fecha de ocurrencia)* \_\_\_\_\_

17) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? *(a la fecha de ocurrido el hecho)* \_\_\_\_\_

18) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? *(a la fecha de ocurrido el hecho)* \_\_\_\_\_

19) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? *(Incluyendo al que registra)* \_\_\_\_\_

20) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO? \_\_\_\_\_

21) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE	22) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL	23) ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN	24) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
<i>De acuerdo con la cultura y costumbres cómo se autoidentifica la madre.</i> Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriana Afrodescendiente <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	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 Unión de hecho <input type="checkbox"/> 7	<b>23.1) NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b> Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Centro de alfabetización <input type="checkbox"/> 1 <i>Pase a la pregunta 23.3</i> Primaria <input type="checkbox"/> 2 Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Educación básica <input type="checkbox"/> 4 Educación media/ Bachillerato <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario <input type="checkbox"/> 6 Superior universitario <input type="checkbox"/> 7 Postgrado <input type="checkbox"/> 8	<b>23.2) Indique el último año o semestre aprobado</b> 23.2.1 Para el caso de que aplique años _____ 23.2.2 Para el caso que aplique semestres _____
		<b>23.3) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?</b> SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	Provincia Cantón Parroquia urbana o rural Dirección domiciliaria <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">USO INEC</span> DPA

### (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
Nº 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