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

INEC instituto nacional de estadística y censos

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

2017
Form. EV - 1
FOLIO
17000000001

FORMULARIO DE NACIDO VIVO

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: .....
PARROQUIA URBANA o RURAL: .....

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: ___ ___ ___ ___/___ ___/___ ___/ AÑO MES DÍA

4) ACTA DE INSCRIPCIÓN: _____
(Debe ser el mismo que conste en el libro de inscripciones)

(A) DATOS DEL NACIDO VIVO

5) *USO exclusivo del Registro Civil (pregunta 5)*

USO exclusivo del Registro Civil (pregunta 5)

..... NOMBRES ..... APELLIDOS

No. Cédula de Ciudadanía

6) SEXO
Hombre 1 Mujer 2

7) FECHA DE NACIMIENTO:
___ ___ ___ ___/___ ___/___ ___/ Año Mes Día

8) TALLA
___ ___ cm.

9) PESO
___ ___ ___ ___ gramos

10) SEMANAS DE GESTACIÓN
___ ___ semanas

11) TIPO DE PARTO:
Normal 1
Cesárea 2

12) APGAR
1 min ___ ___
5 min ___ ___
Probabilidad de vida califique de 1 a 10

13) PRODUCTO DEL EMBARAZO:
Simple 1
Doble 2
Triple 3
Cuádruple o más 4

En el caso de no ser Simple se debe considerar que para cada nacido vivo, corresponde llenar un formulario en forma independiente.

14) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO:
Establecimiento de Salud 1
Casa 2
Otro 3
Especifique .....

USO INEC
Código del Establecimiento de Salud

14.1) Nombre del lugar (establecimiento de salud)

14.2) Provincia / 14.3) Cantón

14.4) Parroquia urbana o rural

14.5) Dirección / 14.6) Teléfono

USO INEC
DPA

15) ASISTIDO POR: *Respuesta única*
Médico 1 Obstetriz/Obstetra 2 Enfermera/o 3
Auxiliar de enfermería 4 Partera/o calificada 5 Partera/o no calificada 6 (comadrona, líder comunitario)
Otro 7 → Especifique.....

(B) DATOS DE LA MADRE

16) NOMBRES Y APELLIDOS *Es obligatorio este campo, para lo cual debe constar los nombres y apellidos idénticos a los registrados en la cédula, pasaporte o partida de nacimiento*

.....

17) NACIONALIDAD:
Ecuatoriana 1
Extranjera 2 → .....
Nombre del país

USO INEC
Código del país

18) CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE *Uso Establecimientos de Salud o Registro Civil*

Es obligatorio este campo, asegúrese de copiar textualmente el número de la cédula o pasaporte

19) FECHA DE NACIMIENTO
___ ___ ___ ___/___ ___/___ ___/ Año Mes Día

20) EDAD DE LA MADRE
(En años cumplidos a la fecha de parto)

21) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO ?

22) NÚMERO DE EMBARAZOS Y PARTOS
22.1) Número de embarazos →
22.2) Número de partos →

23) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE?
(Incluído al que inscribe)

24) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO?
(A la fecha del parto)

25) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS?
(A la fecha del parto)

26) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE
De acuerdo con la cultura y costumbres como se autoindentifica la madre del nacido vivo.
Indígena 1
Afroecuatoriana Afrodescendiente 2
Negra 3
Mulata 4
Montubia 5
Mestiza 6
Blanca 7
Otra 8

27) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL
Unida 1
Soltera 2
Casada 3
Divorciada 4
Separada 5
Viuda 6
Unión de hecho 7

28) ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN

28.1) NIVEL DE INSTRUCCIÓN
Ninguno 0
Centro de alfabetización 1
(Pase a la pregunta 28.3)
Primaria 2
Secundaria 3
Educación básica 4
Educación Media/ Bachillerato 5
Superior no universitario 6
Superior universitario 7
Postgrado 8

28.2) Indique el último año o semestre aprobado
28.2.1 Para el caso que aplique años
28.2.2 Para el caso que aplique semestres

28.3) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?
SI 1
NO 2

29) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
Provincia
Cantón
Parroquia urbana o rural
Dirección domiciliaria

USO INEC
DPA

(C) INFORMACIÓN GENERAL

30) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: *Este campo es obligatorio tanto para los nacimientos ocurridos con asistencia profesional, como los nacimientos 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 el Nacido Vivo inscrito.*

.....

.....

USO INEC
Código crítico - codificador

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS