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

2018
Form. EV - 1
FOLIO
18000000001

INFORME ESTADÍSTICO 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:
Uno 1
Dos 2
Tres 3
Cuatro 4
Cinco 5
Seis 6
Siete 7
Ocho 8
Nueve 9
Diez 10

En el caso de no ser único 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
Casa u otro lugar con atención post parto 3
Otro *Especifique* 4 .....
Para el caso de atención post parto utilizar formulario físico

USO INEC – ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Código del Establecimiento de Salud

14.1) Nombre del lugar (establecimiento de salud y otros) _____

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/o 5 Partera/o no calificada/o 6 (comadrona, líder comunitario)
Otro 7 → Especifique.....

16) PERÍMETRO CEFÁLICO
___ Enteros ___ Decimal cm.

17) VACUNA HEPATITIS B
SI 1
NO 2

18A) CLAMPEO A PARTIR DEL 2 MINUTO
Pinzamiento oportuno del cordón umbical.
SI 1
NO 2 → Pase a 18B

18B) RAZONES POR LAS QUE NO SE REALIZO EL CLAMPEO EN EL TIEMPO ESTIMADO
Si respondió NO indique porque no se realizó el clampeo en el tiempo estimado:
Condición de la madre 1
Condición del nacido vivo 2

19A) APEGO
Contacto inmediato del Nacido Vivo con la madre dentro de la primera hora luego del nacimiento.
SI 1 → Pase a 20A
NO 2 → Pase a 19B

19B) RAZONES POR LAS QUE NO REALIZÓ EL APEGO
Si respondió NO indique porque no se realizó el apego:
Condición de la madre 1
Condición del nacido vivo 2

20A) LACTANCIA
Suministro de leche materna durante la primera hora de vida
SI 1 → Pase a 21
NO 2 → Pase a 20B

20B) RAZONES POR LAS QUE NO REALIZÓ LA LACTANCIA
Si respondió NO indique porque no se realizó la lactancia:
Condición de la madre 1
Condición del nacido vivo 2

21) TIENE MALFORMACIONES CONGÉNITAS
SI 1 NO 2 → Pase a 22

21.1) TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA
ÚNICA 1 MÚLTIPLE 2

21.2) DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA | **Código CIE-10 USO INEC**

1).....
2).....
3).....
4).....

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

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

FOLIO 18000000001

INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO

(B) DATOS DE LA MADRE

22) NOMBRES Y APELLIDOS

Es obligatorio este campo, para lo cual debe constar los nombres y apellidos idénticos a los registrados en la cédula ciudadanía, pasaporte o partida de nacimiento

.....

.....

23) NACIONALIDAD:

USO INEC — Código del país

Ecuatoriana ☐ 1

Extranjera ☐ 2

.....
Nombre del país

24) NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE

Uso Establecimientos de Salud, Registro Civil, Médicos Particulares

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

25) FECHA DE NACIMIENTO

___ ___ ___ ___/___ ___/___ ___

Año Mes Día

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

27) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO ?

28) NÚMERO DE EMBARAZOS Y PARTOS

28.1) Número de embarazos →

28.2) Número de partos →

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

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

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

32) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE

De acuerdo con la cultura y costumbres como se autoidentifica la madre del nacido vivo.

- Indígena ☐ 1
- Afroecuatoriana Afrodescendiente ☐ 2
- Negra ☐ 3
- Mulata ☐ 4
- Montubia ☐ 5
- Mestiza ☐ 6
- Blanca ☐ 7
- Otra ☐ 8

33) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL

- Unida ☐ 1
- Soltera ☐ 2
- Casada ☐ 3
- Divorciada ☐ 4
- Separada ☐ 5
- Viuda ☐ 6
- Unión de hecho ☐ 7

34) INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO

34.1) ÚLTIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO

- Ninguno ☐ 0 → Pase a 34.3
- Centro de alfabetización ☐ 1
- Jardín de infantes ☐ 2
- Primaria ☐ 3
- Educación Básica ☐ 4
- Secundaria ☐ 5
- Educación Media/ Bachillerato ☐ 6
- Superior no universitario ☐ 7
- Superior universitario ☐ 8
- Postgrado ☐ 9

34.2) INDIQUE EL ÚLTIMO AÑO O SEMESTRE APROBADO

34.2.1 Para el caso que aplique años ☐

34.2.2 Para el caso que aplique semestres ☐

Si respondió categorías de 5 a 9 en nivel de instrucción continúe en 35A

34.3) ALFABETISMO

¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

SI ☐ 1

NO ☐ 2

35A) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE

35.1) Provincia

35.2) Cantón

35.3) Parroquia urbana o rural

35.4) Dirección domiciliaria

35B) TELÉFONOS Y CORREO ELECTRÓNICO DE LA MADRE

Teléfono convencional

Teléfono Celular

Correo electrónico

USO INEC — DPA

(C) INFORMACIÓN GENERAL

36) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO O DIÓ ATENCIÓN POST PARTO:

Este campo es obligatorio para los nacimientos ocurridos con asistencia profesional o dieron atención pos parto a la madre, deben constar todos los datos . Para el caso de certificaciones debido atención post parto usar formulario físico.

...../...../...../.....

Nombres y apellidos | No. cédula de ciudadanía/pasaporte | Nº Teléfono | Firma y Sello

37) DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN DEL NACIDO VIVO, PARTOS SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

Inscripción en base a declaración de testigos.

...../...../...../.....

Nombres y apellidos | No. cédula de ciudadanía/pasaporte | Nº Teléfono | Firma

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

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN