



## INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL (IEDF)

### (B) DATOS DE LA MADRE

<b>13) NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA O IDENTIDAD / PASAPORTE / OTROS</b> <i>Campo obligatorio, asegúrese de copiar textualmente el número de la cédula ciudadanía o identidad / pasaporte / otros.</i>		<b>14) APELLIDOS Y NOMBRES</b> <i>Campo obligatorio, en el que debe constar los apellidos y nombres idénticos a los registrados en la cédula ciudadanía o identidad, partida de nacimiento / pasaporte / otros.</i>		<b>15) NACIONALIDAD</b> Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 <span style="float: right;">USO INEC Código del país</span> Extranjera <input type="checkbox"/> 2 → <input type="text"/> <span style="float: right;">Nombre del país</span>	
<b>16) FECHA DE NACIMIENTO</b> ____ / ____ / ____ Año Mes Día		<b>17) EDAD DE LA MADRE</b> (En años cumplidos a la fecha de ocurrencia) <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>18) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE?</b> (A la fecha de ocurrido el hecho) <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>19) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO?</b> (A la fecha de ocurrido el hecho) <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>20) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS?</b> (Incluyendo al que registra) <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>21) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO?</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>22) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA</b> <i>De acuerdo con la cultura y costumbres cómo se autoidentifica.</i>		<b>23) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL</b>		<b>24) INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO</b>	
Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriana <input type="checkbox"/> 2 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		Unión libre <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>24.1) ÚLTIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO</b> Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Centro de alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Educación básica <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <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>24.2) ALFABETISMO</b> ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		<b>25) RESIDENCIA HABITUAL</b> 25.1) Provincia _____ 25.2) Cantón _____ 25.3) Parroquia urbana o rural _____ 25.4) Dirección domiciliaria _____ 25.5) Teléfono convencional _____ 25.6) Teléfono Celular _____ 25.7) Correo electrónico _____	

### (C) INFORMACIÓN GENERAL

**26) DATOS DE LA PERSONA QUE ASISTIÓ O AUTOPSIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL** *Campo obligatorio, deben constar todos los datos de la persona que asistió o autopsió..*

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

No. cédula de ciudadanía o identidad/pasaporte      Apellidos y Nombres      N° Teléfono      Firma

Sello del médico/a, médico/a legista que certifica la defunción fetal

**27) DATOS DEL FUNCIONARIO/A DE REGISTRO CIVIL QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN, SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA**

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

No. cédula de ciudadanía o identidad/pasaporte      Apellidos y Nombres      N° Teléfono      Firma

### (D) ESPACIO DESTINADO PARA QUE SE PUEDA ANOTAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DEFUNCIÓN FETAL

**28) OBSERVACIONES:**

.....

.....

USO INEC  
   
 Código crítico - codificador

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

SU REPRODUCCIÓN ESTÁ PROHIBIDA