

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL (IEDF)

(B) DATOS DE LA MADRE

13) NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA O IDENTIDAD / PASAPORTE / OTROS <i>Campo obligatorio, asegúrese de copiar textualmente el número de la cédula de ciudadanía o identidad / pasaporte / otros.</i>		14) APELLIDOS Y NOMBRES <i>Campo obligatorio, en el que debe constar los apellidos y nombres idénticos a los registrados en la cédula de ciudadanía o identidad, partida de nacimiento / pasaporte / otros.</i>		15) NACIONALIDAD Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 USO INEC Código del país Extranjera <input type="checkbox"/> 2 → Nombre del país					
16) FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ Año Mes Día		17) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha de ocurrencia)		18) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? (A la fecha de ocurrido el hecho)					
19) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (A la fecha de ocurrido el hecho)		20) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? (Incluyendo al que registra)		21) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO?					
22) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA <i>De acuerdo con la cultura y costumbres cómo se autoidentifica.</i>		23) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL		24) INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO					
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		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		24.1) ÚLTIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO 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		24.2) ALFABETISMO ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		25) RESIDENCIA HABITUAL 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