

210000

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO
LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS
AL REVERSO

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL (IEDF)

La información de esta sección será de uso exclusivo del servidor/a del Registro Civil, en el momento de la Inscripción.

USO INEC Fecha de crítica

1) AGENCIA DE REGISTRO CIVIL:

USO INEC Agencia No.

Año / Mes / Día

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN:

Año / Mes / Día

PROVINCIA:

2) CANTÓN:

4) CÓDIGO SECUENCIAL DEL ACTA DE INSCRIPCIÓN:

.....

PARROQUIA URBANA O RURAL:

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

5) SEXO	8) PRODUCTO DEL EMBARAZO	9) ASISTIDO POR / AUTOPSIADO POR	10) LUGAR DE OCURENCIA
Hombre <input type="checkbox"/> 1	Uno <input type="checkbox"/> 1	Médico/a <input type="checkbox"/> 1	<p>Código de establecimiento de salud</p> <p>10.1) Lugar donde ocurrió la defunción fetal</p> <p>10.2) Provincia / 10.3) Cantón</p> <p>10.4) Parroquia urbana o rural</p> <p>10.5) Dirección / 10.6) Teléfono</p> <p>Sello de la institución que certifica la defunción fetal</p> <p>DPA USO INEC</p>
Mujer <input type="checkbox"/> 2	Dos <input type="checkbox"/> 2	Obstetriz/Obstetra <input type="checkbox"/> 2	
Indeterminado <input type="checkbox"/> 3	Tres <input type="checkbox"/> 3	Enfermero/a <input type="checkbox"/> 3	
6) CRITERIOS DE NOTIFICACIÓN	Cuatro <input type="checkbox"/> 4	Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4	
6.1) PESO	Cinco <input type="checkbox"/> 5	Partero/a calificado/a (comadrona, líder comunitario) <input type="checkbox"/> 5	
Gramos	Seis <input type="checkbox"/> 6	Partero/a no calificado/a <input type="checkbox"/> 6	
6.2) SEMANAS DE GESTACIÓN	Siete <input type="checkbox"/> 7	Otro Especifique <input type="checkbox"/> 7	
Semanas	Ocho <input type="checkbox"/> 8	Médico/a Legista <input type="checkbox"/> 8	
6.3) TALLA	Nueve <input type="checkbox"/> 9		
cm.	Diez <input type="checkbox"/> 10		
7) FECHA DE OCURENCIA	En el caso de no ser único se debe considerar que para cada defunción fetal, corresponde llenar un formulario en forma independiente.		
Año / Mes / Día			

11) DESCRIBIR LA CAUSA, ENFERMEDADES O AFECCIONES DEL FETO

Escriba la causa que produjo la defunción fetal en el renglón respectivo. El profesional de la salud médico/a o médico/a legista debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica. (La codificación de la CIE-10 es exclusiva del INEC).

USO INEC CIE - 10

12) ENFERMEDAD, AFECCIÓN O TRAUMATISMO MATERNO QUE AFECTO AL FETO (En el caso de tenerlo):

Escriba la enfermedad, afección o traumatismo de la madre si la tuviera. El profesional de la salud médico/a o médico/a legista debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica. (La codificación de la CIE-10 es exclusiva del INEC).

USO INEC CIE - 10

CAUSA DE DEFUNCIÓN FETAL (USO INEC)

USO INEC CIE - 10

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

210000

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 <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		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 SERVIDOR/A DE REGISTRO CIVIL QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

..... / /

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

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN