

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.

1) AGENCIA DE REGISTRO CIVIL: _____

2) CANTÓN: _____

PARROQUIA URBANA O RURAL: _____

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

4) CÓDIGO SECUENCIAL DEL ACTA DE INSCRIPCIÓN: _____

USO INEC Fecha de crítica

USO INEC

Agencia No.

Año / Mes / Día

(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>
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	
6.2) SEMANAS DE GESTACIÓN	Seis <input type="checkbox"/> 6	Partero/a no calificado/a <input type="checkbox"/> 6	
6.3) TALLA	Siete <input type="checkbox"/> 7	Otro Especifique <input type="checkbox"/> 7	
7) FECHA DE OCURENCIA	Ocho <input type="checkbox"/> 8	Médico/a Legista <input type="checkbox"/> 8	
	Nueve <input type="checkbox"/> 9		
	Diez <input type="checkbox"/> 10		

En el caso de no ser único se debe considerar que para cada defunción fetal, corresponde llenar un formulario en forma independiente.

DPA USO INEC

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