

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:

Oficina No.

2) PROVINCIA:

CANTÓN:  PARROQUIA URBANA:

PARROQUIA RURAL:

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año    Mes   Día

4) Acta de Inscripción No.

## (A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

5) SEXO	6) FECHA DE OCURRENCIA	7) OCURRIDO EN	8) ASISTIDO POR	9) TIPO DE EMBARAZO	10) LUGAR DE OCURRENCIA
Hombre <input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año	Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1	Médico <input type="checkbox"/> 1	Simple <input type="checkbox"/> 1	Provincia <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> Mes	Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2	Obstetriz <input type="checkbox"/> 2	Doble <input type="checkbox"/> 2	Cantón <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> Día	Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3	Enfermera <input type="checkbox"/> 3	Triple <input type="checkbox"/> 3	Ciudad <input type="text"/>
Mujer <input type="checkbox"/> 2		Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4	Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4	Cuádruple ó más <input type="checkbox"/> 4	Parroquia rural <input type="text"/>
		Casa <input type="checkbox"/> 5	Partera Calificada <input type="checkbox"/> 5		Localidad <input type="text"/>
		Otro <input type="checkbox"/> 6	Comadrona No calificada <input type="checkbox"/> 6		<input type="text"/>
			Otro <input type="checkbox"/> 7		Uso INEC <input type="text"/>
					11) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1
					Rural <input type="checkbox"/> 2
					Periférica <input type="checkbox"/> 3

12) PERÍODO DE GESTACIÓN EN SEMANAS

13) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL

## (B) DATOS DE LA MADRE

14) NOMBRES Y APELLIDOS	ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN	22) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
<input type="text"/>	20) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	Provincia <input type="text"/>
15) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha de ocurrido el hecho) <input type="text"/>	↓	Cantón <input type="text"/>
16) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? <input type="text"/>	21) NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Ciudad <input type="text"/>
17) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha de ocurrido el hecho) <input type="text"/>	Ninguno <input type="checkbox"/> 0	Parroquia rural <input type="text"/>
18) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? (incluyendo al que registra) <input type="text"/>	Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1	Localidad <input type="text"/>
19) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 IGNORADO <input type="checkbox"/> 9	Primaria <input type="checkbox"/> 2	Uso INEC <input type="text"/>
	Secundario <input type="checkbox"/> 3	23) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1
	Educación Básica <input type="checkbox"/> 4	Rural <input type="checkbox"/> 2
	Educación Media <input type="checkbox"/> 5	Periférica <input type="checkbox"/> 3
	Ciclo Post - Bachillerato <input type="checkbox"/> 6	24) Residente <input type="checkbox"/> 1
	Superior <input type="checkbox"/> 7	No Residente <input type="checkbox"/> 2
	Postgrado <input type="checkbox"/> 8	
	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	

## (C) INFORMACIÓN GENERAL

25) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL	26) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL:	OBSERVACIONES:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre el nacimiento ocurrido.
Nombres y Apellidos	Nombre del Establecimientos de Salud	<input type="text"/>
Dirección de la consulta ó domicilio N° Teléfono	Ciudad o Parroquia Rural	<input type="text"/>
Ciudad o Parroquia Rural - Provincia	Dirección y N° Teléfono	<input type="text"/>
Firma		<input type="text"/>

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS