

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"/> 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"/> Día	Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3	Enfermera <input type="checkbox"/> 3	Triple <input type="checkbox"/> 3	Ciudad
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
		Casa <input type="checkbox"/> 5	Comadrona <input type="checkbox"/> 5		Localidad
		Otro <input type="checkbox"/> 6	Otro <input type="checkbox"/> 6		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12) PERÍODO DE GESTACIÓN EN SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>			13) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL		
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

(B) DATOS DE LA MADRE

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

(C) INFORMACIÓN GENERAL

24) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL	25) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL:	OBSERVACIONES:
PROFESIONAL	..... Nombre .....	.....
MÉDICO <input type="checkbox"/> 1	..... Ciudad .....	.....
OBSTETRIZ <input type="checkbox"/> 2	..... Dirección .....	.....
ENFERMERA <input type="checkbox"/> 3		.....
NO PROFESIONAL	26) PERSONA QUE SOLICITA EL REGISTRO DE LA DEFUNCIÓN FETAL	.....
AUXILIAR DE ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> 4	Padres <input type="checkbox"/> 1	.....
COMADRONA <input type="checkbox"/> 5	Hermanos <input type="checkbox"/> 2	.....
OTRA PERSONA <input type="checkbox"/> 6	Tíos o Abuelos <input type="checkbox"/> 3	.....
	Otros Parientes <input type="checkbox"/> 4	.....
	Otros no parientes <input type="checkbox"/> 5	.....

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS