



*Form. EV - 1*

<b>1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:</b>  <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Oficina No. <span style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></span></div>	PARROQUIA RURAL: .....  <b>3) FECHA DE INSCRIPCIÓN:</b> Año <span style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></span> Mes <span style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></span> Día <span style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></span>  <b>4) Acta de Inscripción No.</b> <span style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></span>
---	--

5) APELLIDOS ..... NOMBRES .....

6) SEXO	8) FECHA DE NACIMIENTO	10) NACIDO EN	11) ASISTIDO POR	12) TIPO DE NACIMIENTO	13) LUGAR DE NACIMIENTO
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Año <div> <div></div> <div></div> </div> Mes <div> <div></div> <div></div> </div> Día	Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1 Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2 Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3 Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4 Casa <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6	Médico <input type="checkbox"/> 1 Obstetriz <input type="checkbox"/> 2 Enfermera <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4 Comadrona <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6	Simple <input type="checkbox"/> 1 Doble <input type="checkbox"/> 2 Triple <input type="checkbox"/> 3 Cuádruple ó más <input type="checkbox"/> 4	Provincia ..... Cantón ..... Ciudad ..... Parroquia rural ..... Localidad ..... <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
<b>7) TALLA, PESO Y APGAR</b> 1. Talla <div><div></div><div></div></div> cm. 2. Peso <div><div></div><div></div><div></div></div> gramos 3. Apgar: <div><div></div><div></div></div> 1 mint. <div><div></div><div></div></div> 5 mint.	<b>9) DIÁMETRO Y SEMANAS DE GESTACIÓN</b> Diámetro Cefálico ..... N° de semanas de gestación <div><div></div><div></div></div>				<b>14) ÁREA</b> Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3

15) NOMBRES Y APELLIDOS	21) COMPLICACIONES DEL PARTO	20) ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN	23) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
-------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

<b>15) NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>21) COMPLICACIONES DEL PARTO</b>	<b>20) EDUCATIVISMO E INSTRUCCIÓN</b>	<b>23) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE</b>
.....	Ninguna <input type="checkbox"/> 0	<b>¿SABE LEER Y ESCRIBIR?</b>	Provincia .....
<b>16) EDAD DE LA MADRE</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (En años cumplidos a la fecha del parto)	Hemorragia <input type="checkbox"/> 1	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 ↓	Cantón .....
<b>17) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (Incluido al que inscribe)	Sepsis <input type="checkbox"/> 2	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	Ciudad .....
<b>18) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (a la fecha del parto)	Hipertensión <input type="checkbox"/> 3	Ninguno <input type="checkbox"/> 0	Parroquia rural .....
<b>19) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/> 4	Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1	Localidad ..... <div style="background-color: #cccccc; width: 100px; height: 20px;"></div>
<b>20) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO?</b> SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 IGNORADO <input type="checkbox"/> 9	Aborto inseguro <input type="checkbox"/> 5	Primario <input type="checkbox"/> 2	<b>24) ÁREA</b> Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
	Trabajo de parto Obstruido <input type="checkbox"/> 6	Secundario <input type="checkbox"/> 3	<b>25)</b> Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2
	Desórdenes del Embarazo <input type="checkbox"/> 7	Educación Básica <input type="checkbox"/> 4	
	Otras <input type="checkbox"/> 8	Educación Media <input type="checkbox"/> 5	
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ciclo Post - Bachillerato <input type="checkbox"/> 6	
		Superior <input type="checkbox"/> 7	
		Postgrado <input type="checkbox"/> 8	
		Se ignora <input type="checkbox"/> 9	

26) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO	27) ESTABLECIMIENTO DE SALUD	OBSERVACIONES:
--	------------------------------	----------------

<b>26) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO</b>	<b>27) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO</b>	<b>OBSERVACIONES:</b>  .....  .....  .....  .....  .....  .....  .....  .....
<b>PROFESIONAL</b>  MÉDICO <input type="checkbox"/> 1  OBSTETRIZ <input type="checkbox"/> 2  ENFERMERA <input type="checkbox"/> 3   <b>NO PROFESIONAL</b>  AUXILIAR DE ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> 4  COMADRONA <input type="checkbox"/> 5  OTRA PERSONA <input type="checkbox"/> 6	Nombres y Apellidos ..... Ciudad ..... Dirección ..... <b>28) PERSONA QUE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN DEL NACIDO VIVO</b>  Padres <input type="checkbox"/> 1 Hermanos <input type="checkbox"/> 2 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**