

# INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO

**18000000001**

La información de este recuadro deberá ser llenado por funcionarios de las Oficinas del Registro Civil, en el momento de la inscripción.

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE: .....

USO INEC

Oficina No.

USO INEC Fecha de crítica

Año / Mes / Día

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN:

AÑO / MES / DÍA

2) PROVINCIA: .....

CANTÓN: .....

PARROQUIA URBANA o RURAL: .....

4) ACTA DE INSCRIPCIÓN:

(Debe ser el mismo que conste en el libro de inscripciones)

## (A) DATOS DEL NACIDO VIVO

5) USO exclusivo del Registro Civil (pregunta 5)

USO exclusivo del Registro Civil (pregunta 5)

NOMBRES

APELLIDOS

No. Cédula de Ciudadanía

6) SEXO		13) PRODUCTO DEL EMBARAZO:		14) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO:	
Hombre <input type="checkbox"/> 1    Mujer <input type="checkbox"/> 2		Uno <input type="checkbox"/> 1 Dos <input type="checkbox"/> 2 Tres <input type="checkbox"/> 3 Cuatro <input type="checkbox"/> 4 Cinco <input type="checkbox"/> 5 Seis <input type="checkbox"/> 6 Siete <input type="checkbox"/> 7 Ocho <input type="checkbox"/> 8 Nueve <input type="checkbox"/> 9 Diez <input type="checkbox"/> 10		Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/> 1 Casa <input type="checkbox"/> 2 Casa u otro lugar con atención post parto <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 4 Especifique .....	
7) FECHA DE NACIMIENTO:				USO INEC - ESTABLECIMIENTO DE SALUD Código del Establecimiento de Salud	
Año / Mes / Día				14.1) Nombre del lugar (establecimiento de salud y otros) 14.2) Provincia    14.3) Cantón 14.4) Parroquia urbana o rural 14.5) Dirección    14.6) Teléfono	
8) TALLA	11) TIPO DE PARTO:				
cm.	Normal <input type="checkbox"/> 1 Cesárea <input type="checkbox"/> 2				
9) PESO	12) APGAR				
gramos	1 min ..... 5 min ..... Probabilidad de vida califique de 1 a 10				
10) SEMANAS DE GESTACIÓN	En el caso de no ser único se debe considerar que para cada nacido vivo, corresponde llenar un formulario en forma independiente.				
semanas	Para el caso de atención post parto utilizar formulario físico.				
16) PERÍMETRO CEFÁLICO		17) VACUNA HEPATITIS B		18A) CLAMPEO A PARTIR DEL 2 MINUTO	
Enteros    Decimal cm.		SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		Pinzamiento oportuno del cordón umbilical. SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 18B	
				18B) RAZONES POR LAS QUE NO SE REALIZO EL CLAMPEO EN EL TIEMPO ESTIMADO Si respondió NO indique porque no se realizó el clampeo en el tiempo estimado: Condición de la madre <input type="checkbox"/> 1 Condición del nacido vivo <input type="checkbox"/> 2	
19A) APEGO		19B) RAZONES POR LAS QUE NO REALIZO EL APEGO			
Contacto inmediato del Nacido Vivo con la madre dentro de la primera hora luego del nacimiento. SI <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 20A NO <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 19B		Si respondió NO indique porque no se realizó el apego: Condición de la madre <input type="checkbox"/> 1 Condición del nacido vivo <input type="checkbox"/> 2			
20A) LACTANCIA		20B) RAZONES POR LAS QUE NO REALIZÓ LA LACTANCIA			
Suministro de leche materna durante la primera hora de vida SI <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 21 NO <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 20B		Si respondió NO indique porque no se realizó la lactancia: Condición de la madre <input type="checkbox"/> 1 Condición del nacido vivo <input type="checkbox"/> 2			
21) TIENE MALFORMACIONES CONGÉNITAS			21.1) TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA		
SI <input type="checkbox"/> 1    NO <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 22			ÚNICA <input type="checkbox"/> 1    MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> 2		
21.2) DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA					Código CIE-10 USO INEC
1).....					
2).....					
3).....					
4).....					

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO

El Informe Estadístico de Nacido Vivo, constituye el requisito indispensable para la inscripción del nacimiento en las Oficinas de Registro Civil, razón por la cual debe ser entregado inmediatamente después de ocurrido el nacimiento. Se requiere que la información que se consigne sea completa y veraz.

**DEFINICIÓN DE NACIDO VIVO.-** Según (CIE-10, edición 2013, volumen 2 página 197) "NACIMIENTO VIVO, Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo".

### ¿QUIÉN DEBE LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO?-

Cuando el nacimiento haya ocurrido en un establecimiento de salud y con atención de médico, obstetrix /obstetra, enfermera (ATENCIÓN PROFESIONAL), el Informe Estadístico de Nacido Vivo debe ser llenado por dichos profesionales, desde el numeral 6 al 35B, a excepción de los espacios sombreados (USO INEC). Los numerales 1 al 5 deben ser llenados por los funcionarios de las Oficinas del Registro Civil en donde se inscriben los nacimientos. Adicionalmente, si desde el establecimiento de salud no vino con número de cédula de ciudadanía o pasaporte en la pregunta 24, el dato debe ser completado por el funcionario del Registro Civil, y sobre todo, debe verificar que consten los nombres y apellidos completos y que sean idénticos a los que constan en la cédula de ciudadanía o pasaporte.

Si el nacimiento ocurre SIN ASISTENCIA PROFESIONAL, el Informe Estadístico debe llenar un funcionario de salud, en todos los espacios que corresponde. En los lugares donde no haya funcionario de salud, el Informe Estadístico llenará el Jefe de Registro Civil en todo su contenido, dejando los espacios USO INEC en blanco, y anotando en Observaciones cualquier indicación que permita aclarar algún dato. Para los NACIMIENTOS EN CASA con asistencia profesional médica, el profesional debe dotar el Informe Estadístico a la madre del nacido vivo, si no dispone, el profesional de la salud puede solicitar un Informe Estadístico a la casa de salud más cercana o la oficina del Registro Civil. Cuando el nacimiento ocurre en un establecimiento de salud y es atendido por Auxiliar de Enfermería, debe registrar la información del numeral 36 e igual tratamiento se dará en el caso de que sea asistido por partera(o) calificada(o), partera(o) no calificada(o) u otro (En el numeral 36 se registrarán los nombres, apellidos y número de cédula). Cuando la inscripción del nacido vivo sea con testigos se registrará en el numeral 37 los datos del funcionario del Registro Civil que realiza la inscripción.

Una vez diligenciado el Informe Estadístico original debe ser enviado al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) después de la inscripción. Las oficinas del Registro Civil, establecimientos de salud o médicos particulares pueden sacar una copia para su archivo. El Informe Estadístico de Nacido Vivo debe ser llenado a MÁQUINA O CON LETRA CLARA, LEGIBLE, EN IMPRENTA, SIN BORRONES NI ENMENDADURAS de acuerdo a las siguientes instrucciones:

- 1) Anotar el nombre y No. de la Oficina de Registro Civil donde se inscribe.
- 2) Escribir el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural donde está ubicada la Oficina del Registro Civil, en la cual se inscribe el nacimiento.
- 3) En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que se efectúa la inscripción del nacimiento.
- 4) Anote el número de Acta de inscripción (que consta en el libro de Registros), empezando con el número (1) la primera inscripción realizada en el año de información, siguiendo la numeración en orden ascendente, sin repetir ni omitir ningún número, hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta numeración secuencial única comprenderá tanto a las inscripciones normales, como a las tardías, a excepción de Oficinas del Registro Civil que mantienen dos libros diferentes, en esos casos tendrán dos numeraciones secuenciales.

### (A) DATOS DEL NACIDO VIVO

- 5) **Nombres y apellidos.-** Debe ser registrado por el funcionario del Registro Civil que realiza la inscripción así como también el número de cédula de ciudadanía, estos datos serán los que consten en los registros de las Oficinas del Registro Civil
- 6) **Sexo.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al sexo del nacido vivo.
- 7) **Fecha de nacimiento.-** En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que ocurrió el nacimiento.
- 8) **Talla.-** Anote la talla (altura), en centímetros que fue medido desde el talón a la coronilla del recién nacido. Rango válido 38 a 52 cm.
- 9) **Peso.-** El peso debe ser medido y registrado máximo a la hora del nacimiento. Rango válido 500 a 5000 gramos.
- 10) **Semanas de gestación.-** Es el período en semanas que va desde la última menstruación hasta el momento de la salida del producto de la concepción. Rango válido desde las 22 hasta 42 semanas, sin embargo si existen casos que no estén dentro de este rango describa el caso en el campo observaciones.
- 11) **Tipo de parto.-** Marque con una "X" el casillero que corresponde el tipo de parto si fue Normal o Cesárea.
- 12) **Apgar.-** Valoración del recién nacido al minuto y a los 5 minutos de vida. Registre el valor de acuerdo al rango correspondiente al apgar que va de 1 al 10.
- 13) **Producto del embarazo.-** Marque con una "X" la casilla respectiva. Si marcó las casillas (2), o (3), o (4), o (5)...(10) y todos nacieron vivos, se debe llenar los formularios en forma individual. Si uno o más de los niños nacieron muertos, se debe llenar el formulario de defunción fetal.
- 14) **Lugar donde ocurrió el parto.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al establecimiento o lugar donde se produjo el nacimiento. En establecimiento de salud, se marcará cuando el nacimiento haya ocurrido en cualquier establecimiento de salud. Casa, se marcará cuando el nacimiento haya ocurrido en un domicilio particular; casa u otro lugar con atención post parto cuando es revisada por un médico y emite el certificado de nacido vivo (esta atención post parto puede ser hasta las 24 horas de haber ocurrido el parto, estas certificaciones deben ser en formulario físico) y, en otro, se marcará cuando el nacimiento haya ocurrido en un lugar que no sea ninguno de los anteriormente mencionados.
- 14.1) **Nombre del lugar.-** Cuando el nacimiento ocurrió en un establecimiento de salud, escriba con claridad el nombre de dicho establecimiento y el código del establecimiento de salud. Deje en blanco en caso de que el nacimiento ocurrió en casa u otro.  
Complete las preguntas 14.2) **Provincia**, 14.3) **Cantón**, 14.4) **Parroquia urbana o rural**, 14.5) **Dirección** y 14.6) **Teléfono**, donde ocurrió el nacimiento.
- 15) **Asistido por:** Según el caso marque con una "X" una de las casillas que corresponda a las alternativas de respuesta. En el caso que haya sido un grupo de profesionales de la salud quienes atendieron el parto, se debe registrar únicamente el de mayor rango. En el numeral (6), puede registrarse para casos que fueron asistidos por un líder comunitario, si ha recibido algún curso de salud. Se marcará en Otro (7), cuando el parto haya sido asistido por alguna persona diferente a las categorías que se mencionan e indicando en el campo especifique.
- 16) **Perímetro cefálico.-** Anote el perímetro cefálico, en centímetros. Rango válido 20.1 a 37.0 cm, se acepta con un solo decimal.
- 17) **Vacuna Hepatitis B.-** Aplicación de la vacuna de Hepatitis B al Nacido Vivo. Marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta.
- 18A) **Clampeo.-** Pinzamiento oportuno del cordón umbilical a partir del segundo minuto o tras el cese de su latido. Marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta.
- 18B) **Razones por las que no realizó el clampeo en el tiempo estimado.-** Si no se realizó el clampeo marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta y continúe en la pregunta 19A. **Condición** se refiere a síntomas o enfermedades que puede afectar la salud de la madre o el nacido vivo. Ejemplo: Sedantes, enfermedades infecciosas, enfermedades de transmisión sexual, etc.
- 19A) **Apego.-** Es el contacto inmediato del Nacido Vivo con la madre dentro de la primera hora luego del nacimiento. Marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta. Si marcó como respuesta SI continúe en la pregunta 20A, si marcó NO continúe en la pregunta 19B.
- 19B) **Razones por las que no realizó el apego.-** Si no se realizó el apego marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta y continúe en la pregunta 20A. **Condición** se refiere a síntomas o enfermedades que puede afectar la salud de la madre o el nacido vivo. Ejemplo: Sedantes, enfermedades infecciosas, enfermedades de transmisión sexual, etc.
- 20A) **Lactancia.-** Suministro de leche materna durante la primera hora de vida. Marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta. Si marcó como respuesta SI continúe en la pregunta 21, si marcó NO continúe en la pregunta 20B.
- 20B) **Razones por las que no realizó la lactancia.-** Si no se realizó la lactancia marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta y continúe en la pregunta 21. **Condición** se refiere a síntomas o enfermedades que puede afectar la salud de la madre o el nacido vivo. Ejemplo: Sedantes, enfermedades infecciosas, enfermedades de transmisión sexual, etc.
- 21) **Tiene malformaciones congénitas.-** Las malformaciones son los problemas con la formación de los órganos y las partes del cuerpo. Marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta, si marcó en la opción NO pase a la pregunta 22.
- 21.1) **Tipo de malformación congénita.-** Marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta. Si seleccionó la opción única describir en la pregunta 21.2 una sola malformación, si tiene más de una malformación elegir la opción múltiple y proceder a describirlas en la pregunta 21.2.
- 21.2) **Descripción de la malformación congénita.-** Describa cada una de las malformaciones congénitas encontradas. En caso de no haber atención profesional, anote la malformación que se evidencie.

## INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO

### (B) DATOS DE LA MADRE

#### 22) NOMBRES Y APELLIDOS

Es obligatorio este campo, para lo cual  
debe constar los nombres y apellidos  
idénticos a los registrados en la cédula  
ciudadanía, pasaporte o partida de  
nacimiento

#### 23) NACIONALIDAD:

Ecuatoriana ☐ 1

Extranjera ☐ 2

Nombre del país

USO INEC

Código del país

#### 24) NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE

Uso Establecimientos de Salud, Registro Civil,  
Médicos Particulares

Es obligatorio este campo, asegúrese de copiar  
textualmente el número de la cédula ciudadanía o  
pasaporte

#### 25) FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Año Mes Día

#### 26) EDAD DE LA MADRE

(En años cumplidos a la fecha de parto)

\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 27) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO ?

\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 28) NÚMERO DE EMBARAZOS Y PARTOS

28.1) Número de embarazos → \_\_\_\_/\_\_\_\_

28.2) Número de partos → \_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 29) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? (Incluido al que inscribe)

\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 30) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (A la fecha del parto)

\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 31) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? (A la fecha del parto)

\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 32) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE

De acuerdo con la cultura y  
costumbres como se  
autoidentifica la madre del  
nacido vivo.

Indígena ☐ 1  
Afroecuatoriana  
Afrodescendiente ☐ 2  
Negra ☐ 3  
Mulata ☐ 4  
Montubia ☐ 5  
Mestiza ☐ 6  
Blanca ☐ 7  
Otra ☐ 8

#### 33) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL

Unida ☐ 1  
Soltera ☐ 2  
Casada ☐ 3  
Divorciada ☐ 4  
Separada ☐ 5  
Viuda ☐ 6  
Unión de hecho ☐ 7

#### 34) INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO

##### 34.1) ÚLTIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO

Ninguno ☐ 0  
Centro de alfabetización ☐ 1  
Jardín de infantes ☐ 2  
Primaria ☐ 3  
Educación Básica ☐ 4  
Secundaria ☐ 5  
Educación Media/  
Bachillerato ☐ 6  
Superior no universitario ☐ 7  
Superior universitario ☐ 8  
Postgrado ☐ 9

##### 34.2) INDIQUE EL ÚLTIMO AÑO O SEMESTRE APROBADO

34.2.1 Para el  
caso que  
aplique años

\_\_\_\_/\_\_\_\_

34.2.2 Para el  
caso que aplique  
semestres

\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si respondió  
categorías de 5  
a 9 en nivel de  
instrucción  
continúe en 35A

##### 34.3) ALFABETISMO

¿SABE LEER Y  
ESCRIBIR?

SI ☐ 1

NO ☐ 2

#### 35A) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE

35.1) Provincia

35.2) Cantón

35.3) Parroquia urbana o rural

35.4) Dirección domiciliaria

#### 35B) TELÉFONOS Y CORREO ELECTRÓNICO DE LA MADRE

Teléfono convencional

Teléfono Celular

Correo electrónico

USO INEC

DPA

### (C) INFORMACIÓN GENERAL

#### 36) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO O DIÓ ATENCIÓN POST PARTO:

Este campo es obligatorio para los nacimientos ocurridos con asistencia  
profesional o dieron atención pos parto a la madre, deben constar todos los  
datos. Para el caso de certificaciones debido atención post parto usar  
formulario físico.

Nombres y apellidos

No. cédula de ciudadanía/pasaporte

Nº Teléfono

Firma y Sello

#### 37) DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN DEL NACIDO VIVO, PARTOS SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

Inscripción en base a declaración de testigos.

Nombres y apellidos

No. cédula de ciudadanía/pasaporte

Nº Teléfono

Firma

**Observaciones:** Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre el  
Nacido Vivo inscrito.

USO INEC

Código crítico - codificador

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO

El Informe Estadístico de Nacido Vivo, constituye el requisito indispensable para la inscripción del nacimiento en las Oficinas de Registro Civil, razón por la cual debe ser entregado inmediatamente después de ocurrido el nacimiento. Se requiere que la información que se consigne sea completa y veraz.

### (B) DATOS DE LA MADRE

**22) Nombres y apellidos.-** Escriba los nombres y apellidos de la madre del nacido vivo, este campo es obligatorio y debe ser llenado por los profesionales de salud que atendieron el parto, asegúrese que sea la información textual del dato que consta en la cédula de ciudadanía o pasaporte, para el caso en el que la madre no esté cedulada debe escribir los datos textuales de la partida de nacimiento, para lo cual asegúrese que la madre confirme que los datos a describirse en el Informe Estadístico sean los correctos.

**23) Nacionalidad.-** Según sea el caso marque la nacionalidad de la madre. Si marcó la casilla 2 "Extranjera", debe anotar el nombre del país al que pertenece la madre.

**24) Número de cédula de ciudadanía o pasaporte.-** Registre el número de cédula de ciudadanía o pasaporte de la madre del nacido vivo, este campo debe ser llenado por el personal médico que atendió el parto, en el caso que este vacío al momento de realizar la inscripción en el Registro Civil, el funcionario de dicha institución debe completar este dato con el número que consta en el Registro Civil.

**25) Fecha de nacimiento.-** En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que nació la madre del nacido vivo.

**26) Edad de la madre.-** Anote la edad de la madre en años cumplidos a la fecha de parto.

**27) ¿Cuántos controles prenatales recibió en este embarazo?-** Anote la respuesta que indique el informante.

**28) NÚMERO DE EMBARAZOS Y PARTOS.-** En las siguientes preguntas registre la información de acuerdo a la declaración de la madre.

**28.1) Número de embarazos.-** Anote el número total de embarazos que ha tenido la madre durante toda su vida.

**28.2) Número de partos.-** Anote el número total de partos que ha tenido la madre durante toda su vida.

**29) ¿Cuántos hijos vivos tiene actualmente?-** Anote el número de hijos actualmente vivos que tiene la madre, incluyendo al recién nacido que inscribe. Si es el primer hijo nacido vivo el que se inscribe, anote "01".

**30) ¿Cuántos hijos que nacieron vivos han muerto?-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos que han nacido vivos, pero que han fallecido contando hasta la fecha del parto. Cuando la respuesta sea Ninguno anote "00".

**31) ¿Cuántos hijos nacieron muertos?-** Anote el número de hijos que han nacido muertos. Cuando la respuesta sea ninguno, anote "00".

**32) Autoidentificación étnica de la Madre.-** Marque con una "X" una de las casillas predeterminadas que corresponda a la autoidentificación étnica de la madre del nacido vivo. Si la persona que informa no puede identificarse con ninguna de las siete mencionadas, marque en Otra (8). Si llega a fallecer la madre y no haya entregado esta información en la historia clínica u otros documentos propios del establecimiento de salud se preguntará al familiar más cercano.

**33) Estado civil y/o conyugal.-** Marque con una "X" el estado civil o conyugal de la madre del recién nacido.

**34) INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO .-** En las siguientes preguntas registre la información de acuerdo a la declaración de la madre.

**34.1) Último nivel de instrucción aprobado.-** Marque con una "X" el último nivel de instrucción alcanzado por la madre del recién nacido.

**34.2) Indique el último año o semestre aprobado.-** Escriba el nivel de instrucción alcanzado en años o semestres.

**34.3) ¿Sabe leer y escribir?-** Marque con una "X" la casilla que corresponda a la respuesta.

Si llega a fallecer la madre y no haya entregado esta información en la historia clínica u otros documentos propios del establecimiento de salud se preguntará al familiar más cercano.

**35A) Residencia habitual de la madre.-** Escriba con claridad el nombre de la provincia, cantón, parroquia urbana o rural y dirección domiciliaria donde reside habitualmente la madre del nacido vivo.

**35B) Teléfonos y correo electrónico de la madre.-** Escriba con claridad el número de teléfono convencional o el número de teléfono celular y correo electrónico de la madre si lo tuviera.

### (C) INFORMACIÓN GENERAL

**36) Datos de la persona que atendió el parto o dio atención post parto.-** Registre los nombres y apellidos, número de cédula de ciudadanía o del pasaporte, número de teléfono, firma y sello de la persona que atendió el parto del nacido vivo o dio atención post parto, así como el sello del establecimiento de salud, (estos campos son obligatorios para el personal de Salud). Para el caso de certificaciones debido atención post parto usar formulario físico.

**37) Datos de la persona que realizó la inscripción sin certificación médica.-** Registre los nombres y apellidos, número de cédula de ciudadanía o del pasaporte, número de teléfono y firma de la persona que realizó la inscripción del nacido vivo, estos campos son obligatorios para el funcionario del Registro Civil que está realizando la inscripción en base a la declaración de testigos.

**OBSERVACIONES:** Este espacio está destinado, para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre el nacimiento ocurrido. No coloque el sello del Establecimiento de Salud o de la oficina de estadística en los lugares donde se anota la información.

**Código crítico – codificador.-** No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC.