

18000000001

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

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

USO INEC				Oficina No.
----------	--	--	--	-------------

USO INEC Fecha de crítica			
Año	Mes	Día	

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: ____/____/____
Año Mes Día

2) PROVINCIA:

4) ACTA DE INSCRIPCIÓN:

CANTÓN:

--	--	--	--	--

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

PARROQUIA URBANA O RURAL:

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

5) SEXO	8) PRODUCTO DEL EMBARAZO	9) ASISTIDO POR O AUTOPSIADO:	10) LUGAR DE OCURRENCIA																												
Hombre <input type="checkbox"/> 1	Uno <input type="checkbox"/> 1	Médico/a <input type="checkbox"/> 1	<table border="1"> <tr> <td colspan="4">USO INEC - ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Código del Establecimiento de Salud</td> </tr> <tr> <td colspan="4">10.1) Nombre del lugar (establecimiento de salud y otros)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">10.2) Provincia</td> <td>10.3) Cantón</td> <td>10.4) Parroquia urbana o rural</td> </tr> <tr> <td colspan="2">10.5) Dirección</td> <td colspan="2">10.6) Teléfono</td> </tr> <tr> <td colspan="4">USO INEC</td> </tr> <tr> <td colspan="4">DPA</td> </tr> </table>	USO INEC - ESTABLECIMIENTO DE SALUD				Código del Establecimiento de Salud				10.1) Nombre del lugar (establecimiento de salud y otros)				10.2) Provincia		10.3) Cantón	10.4) Parroquia urbana o rural	10.5) Dirección		10.6) Teléfono		USO INEC				DPA			
USO INEC - ESTABLECIMIENTO DE SALUD																															
Código del Establecimiento de Salud																															
10.1) Nombre del lugar (establecimiento de salud y otros)																															
10.2) Provincia		10.3) Cantón		10.4) Parroquia urbana o rural																											
10.5) Dirección		10.6) Teléfono																													
USO INEC																															
DPA																															
Mujer <input type="checkbox"/> 2	Dos <input type="checkbox"/> 2	Obstetriz <input type="checkbox"/> 2																													
Indeterminado <input type="checkbox"/> 3	Tres <input type="checkbox"/> 3	Obstetra <input type="checkbox"/> 3																													
6) SEMANAS DE GESTACIÓN	Cuatro <input type="checkbox"/> 4	Enfermero/a <input type="checkbox"/> 3																													
	Cinco <input type="checkbox"/> 5	Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4																													
	Seis <input type="checkbox"/> 6	Partero/a calificado/a (comadrona, líder comunitario) <input type="checkbox"/> 5																													
	Siete <input type="checkbox"/> 7	Partero/a no calificado/a <input type="checkbox"/> 6																													
7) FECHA DE OCURRENCIA	Ocho <input type="checkbox"/> 8	Otro Especifique <input type="checkbox"/> 7																													
	Nueve <input type="checkbox"/> 9	Médico Legista <input type="checkbox"/> 8																													
	Diez <input type="checkbox"/> 10																														

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 o médico 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 o médico 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			

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

El Informe Estadístico de Defunción Fetal, constituye el requisito indispensable para el registro de este hecho vital en las Oficinas del Registro Civil, razón por la cual debe ser entregado inmediatamente después de ocurrido el hecho. Se requiere que la información que se consigne sea completa y veraz.

DEFINICIÓN DE DEFUNCIÓN FETAL.- Es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

¿QUIÉN DEBE LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL?

Cuando la defunción fetal ocurra CON ATENCIÓN MÉDICA (médico, obstetrix/obstetra o enfermera), en un establecimiento de salud, el Informe Estadístico de defunción fetal deben llenar dichos profesionales en todo su contenido, a excepción de los espacios destinados para USO INEC y los numerales del 1 al 4 que deben ser llenados por el funcionario de la Oficina del Registro Civil.

Si la defunción fetal ocurre SIN ATENCIÓN 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 alguna indicación que permita aclarar algún dato.

Cuando la defunción fetal ocurre en un establecimiento de salud y es atendido por auxiliar de enfermería, debe registrar además la información del numeral 26 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 26 se registrará nombres, apellidos y número de cédula).

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 Defunción Fetal debe ser llenado a máquina o con letra clara, legible, en imprenta y sin borrones ni enmendaduras de la siguiente manera:

- 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 hecho.
- 3) En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que se efectúa la inscripción de la defunción fetal.
- 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.

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

- 5) **Sexo.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al sexo.
- 6) **Semanas de gestación.-** Es el período en semanas que va desde la última menstruación hasta el momento de ocurrido el hecho. Anote el período de gestación (tiempo de embarazo) en semanas completas, se registrará la defunción fetal a partir de la octava semana de embarazo.
- 7) **Fecha de ocurrencia.-** En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en que ocurrió la defunción fetal.
- 8) **Producto del embarazo.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de embarazo. Si es un embarazo de dos niños y los dos niños nacieron muertos, se llenarán dos Informes Estadísticos, uno por cada defunción fetal. Si el embarazo es de tres niños y los tres nacieron muertos, se llenarán tres Informes Estadísticos. Proceda en igual forma para cuatro o más.
- 9) **Asistido por o autopsiado.-** Según el caso, marque con una "X" la casilla correspondiente. En el caso que haya sido un grupo de profesionales de la salud quienes atendieron la defunción fetal, se debe registrar únicamente el de mayor rango. Se marcará otro (7), para casos diferentes a las casillas 1 a 6, además se debe especificar quien atendió el parto, se puede incluir: colaboración voluntaria, familiares o la misma madre. En el numeral (6), puede registrarse para casos que fue asistido por un líder comunitario, si ha recibido algún curso de salud. En el caso que el partero tenga un certificado que avale su conocimiento se marcará la casilla (5). Para los casos que intervienen medica legal marcar la opción (8).
- 10) **Lugar de Ocurrencia.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al establecimiento o lugar donde se produjo la defunción fetal:
En establecimiento de Salud.- Se marcará cuando la defunción fetal, haya ocurrido en cualquier establecimiento de salud.
En casa, se marcará cuando el hecho haya ocurrido en un domicilio particular.
En otro, se marcará cuando el hecho haya ocurrido en un lugar que no sea ninguno de los anteriormente mencionados, como vehículo, vía pública, etc.
Cuando la defunción fetal ocurrió en un establecimiento de salud, escriba con claridad en el literal **10.1** el nombre de dicho establecimiento, en el literal **10.2** la provincia, en el **10.3** el cantón, en el **10.4** parroquia urbana o rural, en el **10.5** dirección y **10.6** Teléfono. El **Código del establecimiento de salud** es Uso INEC.
- 11) **Causa que ocasionó la defunción fetal.-** Escriba la causa original o básica que produjo la defunción fetal, la misma que debe ser informada por el profesional que atendió el hecho. Registrar la causa de acuerdo al renglón que considere que debería aplicar. En caso de no haber atención profesional, anote la causa que presumiblemente ocasionó esta defunción. El profesional de la salud o médico legista debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica, (La codificación de la CIE-10 es exclusiva del INEC).
- 12) **Enfermedad, afección o traumatismo materno que afecto al feto.-** Escriba la enfermedad, afección o traumatismo materno que afecto al feto en el caso de tenerlo. El profesional de la salud o médico legista debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica, (La codificación de la CIE-10 es exclusiva del INEC).

18000000001

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

(B) DATOS DE LA MADRE

13) NOMBRES Y APELLIDOS <i>Es obligatorio este campo, para lo cual debe constar los nombres y apellidos idénticos a los registrados en la cédula o pasaporte</i> 	14) NACIONALIDAD: Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 Extranjera <input type="checkbox"/> 2 Nombre del país: _____	15) NÚMERO CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE <i>Uso Establecimientos de Salud o Registro Civil</i> <i>Es obligatorio este campo, asegúrese de copiar textualmente el número de la cédula o pasaporte</i>
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 DE LA MADRE	23) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL	24) INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO			25A) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
<i>De acuerdo con la cultura y costumbres cómo se autoidentifica la madre.</i> Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriana / 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	Unida <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	24.2) INDIQUE EL ÚLTIMO AÑO O SEMESTRE APROBADO	24.3) ALFABETISMO	
		24.1) NIVEL DE INSTRUCCIÓN Ninguno <input type="checkbox"/> 0 → Pase a la pregunta 24.3 Centro de alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Jardín de infantes <input type="checkbox"/> 2 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Educación básica <input type="checkbox"/> 4 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Educación media/ Bachillerato <input type="checkbox"/> 6 Superior no universitario <input type="checkbox"/> 7 Superior universitario <input type="checkbox"/> 8 Postgrado <input type="checkbox"/> 9	24.2.1 Para el caso de que aplique años 24.2.2 Para el caso de que aplique semestres Si respondió categorías de 5 a 9 en nivel de instrucción continúe en 25A	¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	25.1) Provincia 25.2) Cantón 25.3) Parroquia urbana o rural 25.5) Dirección domiciliaria 25B) TELÉFONOS Y CORREO ELECTRÓNICO DE LA MADRE Teléfono convencional Teléfono Celular Correo electrónico USO INEC DPA

(C) INFORMACIÓN GENERAL

26) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ O AUTOPSIO LA DEFUNCIÓN FETAL: <i>Este campo es obligatorio para las defunciones fetales ocurridas con asistencia profesional o autopsiadas por medica legal, deben constar todos los datos</i> Nombres y Apellidos: _____ No. Cédula de ciudadanía/pasaporte: _____ Nº Teléfono: _____ Firma y Sello: _____
27) DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN FETAL, DEFUNCIÓN SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA <i>Inscripción en base a declaración de testigos.</i> 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 la defunción fetal ocurrida. USO INEC Código crítico - codificador

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

El Informe Estadístico de Defunción Fetal, constituye el requisito indispensable para el registro de este hecho vital en las Oficinas del Registro Civil, razón por la cual debe ser entregado inmediatamente después de ocurrido el hecho. Se requiere que la información que se consigne sea completa y veraz.

(B) DATOS DE LA MADRE

- 13) **Nombres y apellidos.-** Escriba los nombres y apellidos completos de la madre, según como consten en el documento de identificación.
- 14) **Nacionalidad.-** Según sea el caso marque la nacionalidad de la madre. Si es extranjera, anote el nombre del país.
- 15) **Número de cédula de ciudadanía o pasaporte.-** Anote el número de cédula de ciudadanía o pasaporte de la madre, según como consten en el documento de identificación
- 16) **Fecha de nacimiento.-** En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que nació la madre.
- 17) **Edad de la madre.-** Anote la edad de la madre en años cumplidos a la fecha de ocurrido el hecho.
- 18) **¿Cuántos hijos vivos tiene actualmente?.-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos actualmente vivos. Si no hay ninguno, anote 00.
- 19) **¿Cuántos hijos que nacieron vivos han muerto? (a la fecha de ocurrido el hecho).-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos que han nacido vivos, pero que han fallecido. Cuando no haya ninguno, anote 00.
- 20) **¿Cuántos hijos nacieron muertos? (Incluyendo el que registra).-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos que nacieron muertos incluyendo el que registra. Si el que registra es el primer hijo nacido muerto, anote 01.
- 21) **¿Cuántos controles prenatales recibió en este embarazo? Indique el número de controles prenatales por profesional (médico, obstetriz, enfermera) que recibió la madre durante el embarazo.**
- 22) **Autoidentificación étnica de la madre.-** Marque con una "X" una de las casillas predeterminadas que corresponda a la autoidentificación de la madre de la defunción fetal. Si la persona que informa no se identifica con ninguna de las siete mencionadas, marque 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.
- 23) **Estado Civil y/o conyugal.-** Marque con una "X" el estado civil o conyugal de la madre.
- 24) **Instrucción y alfabetismo.-** En las siguientes preguntas registre la información de acuerdo a la declaración de la madre.
- 24.1) **Último nivel de instrucción aprobado.-** Marque con una "X" la casilla del último nivel de instrucción aprobado por la madre.
- 24.2) **Indique el último año o semestre aprobado.-** Escriba el nivel de instrucción alcanzado en años o semestres.
- 24.3) **¿Sabe leer y escribir?.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente.
- 25A) **Residencia habitual de la madre.-** Escriba el nombre de la provincia, cantón, parroquia urbana o rural y la dirección domiciliaria donde habitualmente reside la madre.
- 25B) **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

- 26) **Datos del profesional de la salud que atendió o autopsió la defunción fetal.-** Registre los nombres y apellidos, número de cédula de ciudadanía o de pasaporte, número de teléfono, firma y sello del profesional de la salud que atendió la defunción fetal o de quien realizó autopsia, así como el sello del establecimiento de salud, estos campos son obligatorios para el personal de salud.
- 27) **Datos de la persona que realizó la inscripción de la defunción fetal, defunción sin certificación médica.-** Registre los nombres y apellidos, número de cédula de ciudadanía o de pasaporte, número de teléfono y firma de la persona que realiza la inscripción de la defunción fetal, estos campos son obligatorios para el funcionario del Registro Civil que realice 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 la defunción fetal. 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.