

Informe estadístico de Defunción fetal

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

		1 Fecha de Inscripción		Día	Mes	Año
2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 Tomo	Folio	Acta	

DATOS DE LA DEFUNCION FETAL (Sólo para fines estadísticos)

5 A raíz de esta defunción estuvo internada la madre en		Nombre del establecimiento	
Establecimiento de salud público	1 <input type="checkbox"/>	→	
Establecimiento privado, obra social, etc.	2 <input type="checkbox"/>		
Otro lugar (vía publica, transportes, etc.)	3 <input type="checkbox"/>		
Pasará a preg. 6		NO USAR	
6 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN FETAL			
a) Enfermedad o afección principal del feto			
b) Otras enfermedades o afecciones principales del feto			
c) Enfermedad o afección principal de la madre que afecta al feto			
d) Enfermedades o afecciones principales de la madre que afectan al feto			
e) Otras circunstancias pertinentes			
7 El feto presentaba señales de maceración			
Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>			
8 El sexo del feto era?	9Cuál fue la fecha de expulsión o extracción del feto		10Cuál fue su peso?
<input type="checkbox"/> Masculino	Día Mes Año		Gramos
<input type="checkbox"/> Femenino			
<input type="checkbox"/> Indeterminado			
11 La defunción provino de un embarazo	12 Cuántas semanas completas duró la gestación?	13 En que fecha comenzó la última menstruación normal previa a este embarazo?	
Simple 1 <input type="checkbox"/> → ir a pregunta siguiente	semanas completas	Día Mes Año	
Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que produjo <input type="checkbox"/> niños vivos, y <input type="checkbox"/> defunciones fetales			

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCION FETAL QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

14 ¿Cuál es su edad? (Años cumplidos) <div style="text-align: right;">Años <input style="width: 50px;" type="text"/></div>	15 ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la madre? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Día <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>Mes <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>Año <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div>																																				
16 Contando hasta este, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? <div style="text-align: right;">Embarazos <input style="width: 50px;" type="text"/></div>	17 Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? <input style="width: 50px;" type="text"/> y cuántas defunciones fetales? <input style="width: 50px;" type="text"/>																																				
18 ¿Dónde vive habitualmente? Calle y N°/Ruta y Km: _____ Localidad/Paraje: _____ Departamento o partido: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NO USAR</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> Provincia (o país para extranjeros) _____ </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NO USAR</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div></div> <div>Pais</div> </div> </div> </div>																																					
19 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Nunca asistió</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">01 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>S.E. No reformado</td> <td></td> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> <td>S.E. Reformado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Primario</td> <td style="text-align: center;">02 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">03 <input type="checkbox"/></td> <td>Ciclos EGB (1ro.y 2do)</td> <td style="text-align: center;">11 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Secundario</td> <td style="text-align: center;">04 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">05 <input type="checkbox"/></td> <td>Ciclo EGB 3ro.</td> <td style="text-align: center;">13 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Polimodal</td> <td style="text-align: center;">15 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Superior o universitario</td> <td style="text-align: center;">06 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">07 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>					S.E. No reformado		Incompleto	Completo	S.E. Reformado		Primario	02 <input type="checkbox"/>		03 <input type="checkbox"/>	Ciclos EGB (1ro.y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	Secundario	04 <input type="checkbox"/>		05 <input type="checkbox"/>	Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>					Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>		07 <input type="checkbox"/>		16 <input type="checkbox"/>
Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>																																				
S.E. No reformado		Incompleto	Completo	S.E. Reformado																																	
Primario	02 <input type="checkbox"/>		03 <input type="checkbox"/>	Ciclos EGB (1ro.y 2do)	11 <input type="checkbox"/>																																
Secundario	04 <input type="checkbox"/>		05 <input type="checkbox"/>	Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>																																
				Polimodal	15 <input type="checkbox"/>																																
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>		07 <input type="checkbox"/>		16 <input type="checkbox"/>																																
20 Pertenece o está asociada a: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div>Obra social <input type="checkbox"/> 1</div> <div>Plan de salud privado o mutual <input type="checkbox"/> 2</div> <div>Ambos <input type="checkbox"/> 3</div> <div>Ninguno <input type="checkbox"/> 4</div> </div>																																					
21 La madre convive en pareja? Si <input type="checkbox"/> 1 → Responder Preg. 22, 23, 24 y 25 con los datos del padre exclusivamente (ya sea casada o en unión de hecho) No <input type="checkbox"/> 2 → Pasar a Preg. 24 y 25 responderlas con los datos de la madre exclusivamente																																					

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION FETAL QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

22 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Nunca asistió</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">01 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>S.E. No reformado</td> <td></td> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> <td>S.E. Reformado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Primario</td> <td style="text-align: center;">02 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">03 <input type="checkbox"/></td> <td>Ciclos EGB (1ro.y 2do)</td> <td style="text-align: center;">11 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Secundario</td> <td style="text-align: center;">04 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">05 <input type="checkbox"/></td> <td>Ciclo EGB 3ro.</td> <td style="text-align: center;">13 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Polimodal</td> <td style="text-align: center;">15 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Superior o universitario</td> <td style="text-align: center;">06 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">07 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>					S.E. No reformado		Incompleto	Completo	S.E. Reformado		Primario	02 <input type="checkbox"/>		03 <input type="checkbox"/>	Ciclos EGB (1ro.y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	Secundario	04 <input type="checkbox"/>		05 <input type="checkbox"/>	Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>					Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>		07 <input type="checkbox"/>		16 <input type="checkbox"/>
Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>																																			
S.E. No reformado		Incompleto	Completo	S.E. Reformado																																
Primario	02 <input type="checkbox"/>		03 <input type="checkbox"/>	Ciclos EGB (1ro.y 2do)	11 <input type="checkbox"/>																															
Secundario	04 <input type="checkbox"/>		05 <input type="checkbox"/>	Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>																															
				Polimodal	15 <input type="checkbox"/>																															
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>		07 <input type="checkbox"/>		16 <input type="checkbox"/>																															
23 Pertenece o está asociado a: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div>Obra social <input type="checkbox"/> 1</div> <div>Plan de salud privado o mutual <input type="checkbox"/> 2</div> <div>Ambos <input type="checkbox"/> 3</div> <div>Ninguno <input type="checkbox"/> 4</div> </div>																																				

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION FETAL QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

24 ¿Cuál es su situación laboral? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div>Trabaja o está de licencia <input type="checkbox"/> 1</div> <div>No trabaja <input type="checkbox"/> 2</div> <div>Busca trabajo <input type="checkbox"/> 2</div> <div>No busca trabajo <input type="checkbox"/> 3</div> </div>	25 ¿Cuál es su ocupación habitual? <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: right;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NO USAR</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> </div>
---	--

PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL INFORME

Apellido y nombre: _____ Firma: _____