

Boletines estadísticos



Instituto
Nacional de Estadística

Estadística del Movimiento Natural de la Población
Boletín Estadístico de Parto



NÚMERO DE CUESTIONARIO:

.....

Los datos recogidos en el Cuestionario para la declaración de nacimiento del Registro Civil que también figuren en este boletín, serán transmitidos a los Ayuntamientos para dar de alta al recién nacido en el Padrón Municipal de Habitantes (artículo 64 del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales).

Asimismo podrán ser transmitidos a los organismos públicos que lo soliciten para actualizar sus registros administrativos (Encomienda de gestión de la Secretaría de Estado de Justicia al Instituto Nacional de Estadística en materia de transmisión de datos informatizados relativas a las inscripciones de nacimientos practicadas en los Registros Civiles).

Los datos de los apartados siguientes serán consignados por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto o, en su defecto, por el Encargado del Registro Civil.

En las preguntas con varias opciones, señale con una X la respuesta. Si se equivoca, táchela completamente y marque la opción correcta:



Escriba con letras MAYÚSCULAS, usando una casilla para cada letra:

M A R I A B E A T R I Z

1. Datos del parto

1.1 ¿En qué fecha tuvo lugar el parto? Día Mes Año

¿En qué provincia ocurrió el parto?

¿En qué municipio ocurrió el parto?

1.2 ¿En qué lugar ocurrió el parto? Centro sanitario Domicilio particular Otro lugar

1.3 ¿El parto fue normal o con complicaciones? Normal Con complicaciones

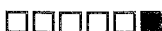
¿El parto fue mediante cesárea? Sí No

¿El parto fue asistido por personal sanitario? (médico, comadrona, A.T.S.) Sí No

¿Cuántos niños/as nacieron en este parto? (Por favor, si alguno de ellos nació sin vida, inclúyalo también)

¿Cuántas semanas duró el embarazo? 37 semanas o más (a término) Menos de 37 semanas (prematuro) No sabe. Pasar al apartado 2. Datos de la madre

Indique, si lo sabe, el número exacto de semanas que duró el embarazo:



2. Datos de la madre

2.1 Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

2.2 Fecha de nacimiento Día Mes Año

2.3 Documento de identidad: D.N.I. Número: —

Pasaporte Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: -- —

N.I.E.: Número de Identificación de Extranjero que conste en documento en vigor, expedido por las autoridades españolas.

2.4 ¿Cuál es la nacionalidad de la madre?

Española

Extranjera. Indique el país:

De nacimiento

Adquirida posteriormente

Dicha nacionalidad, ¿es su nacionalidad de nacimiento o fue adquirida posteriormente?

¿Dónde nació la madre?

En España. Indique la provincia y el municipio donde nació:

Provincia:

Municipio:

En el extranjero. Indique el país:

2.5 ¿Dónde reside la madre?

En España. Indique la provincia y el municipio donde reside habitualmente:

Provincia:

Municipio:

En el extranjero. Indique el país:

Domicilio en España:

Tipo de vía:

Nombre vía:

Código postal:

Número: —

Portal:

Bloque:

Escalera:

Planta:

Puerta:

2.6 ¿Cuáles son los estudios de mayor nivel que ha completado la madre? Marque la casilla correspondiente.

1.- No sabe leer o escribir

6.- FPI, FP grado medio, Oficialía Industrial o equivalente

2.- Sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela

7.- FP II, FP superior, Maestría Industrial o equivalente

3.- Fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB, ESO o Bachillerato Elemental

8.- Diplomatura, Arquitectura o Ingeniería Técnicas; 3 cursos aprobados de Licenciatura, Ingeniería o Arquitectura

4.- Bachiller Elemental, EGB o ESO completa (Graduado Escolar)

9.- Arquitectura, Ingeniería, Licenciatura o equivalente

5.- Bachiller Superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU

10.- Doctorado



2. Datos de la madre (Continuación)

2.7 ¿Cuál es la profesión, oficio u ocupación principal de la madre?

Marque la casilla del grupo que considere más adecuado, y descríbalas en la línea que hay al final de esta tabla.

Grupo profesional o situación

<input type="checkbox"/> Fuerzas armadas	<input type="checkbox"/> Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	<input type="checkbox"/> Trabajadores no cualificados
<input type="checkbox"/> Dirección de las empresas y de las administraciones públicas	<input type="checkbox"/> Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	<input type="checkbox"/> Estudiantes
<input type="checkbox"/> Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/> Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria	<input type="checkbox"/> Personas que realizan o comparten las tareas del hogar
<input type="checkbox"/> Técnicos y profesionales de apoyo		<input type="checkbox"/> Jubiladas/pensionistas/rentistas (En este caso, marque también la casilla del grupo correspondiente a la profesión, oficio u ocupación ejercida anteriormente y descríbalas)
<input type="checkbox"/> Empleados de tipo administrativo	<input type="checkbox"/> Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	

2.8 ¿Cuál es el estado civil o situación de convivencia de la madre?

Casada ¿Es su primer matrimonio?

Sí ¿En qué fecha tuvo lugar su actual matrimonio?

No Día Mes Año

No casada

Soltera ¿Convive en una pareja de hecho?

Sí ¿Es su primera unión estable?

No Día Mes Año

Separada o divorciada

Viuda

2.9 ¿Cuántos hijos/hijas ha tenido a lo largo de su vida y contando este parto? (Por favor, si alguno de ellos nació sin vida inclúyalo también)

2.10 ¿Ha tenido algún hijo/hija (nacido vivo) en partos anteriores?

Sí ¿Cuántos? Pase al apartado 2.11 «Datos del nacido»

No Pase al apartado 3 «Datos del padre»

2.11 ¿En qué fecha nació? Día Mes Año

¿Dónde nació?

En España. Indique la provincia y el municipio donde nació:

Provincia:

Municipio:

En el extranjero. Indique el país:

¿Cuál es la nacionalidad del hijo o hija nacido con vida anterior a este parto?

Española

Extranjera. Indique el país:



3. Datos del padre

3.1 Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

3.2 Fecha de nacimiento Día Mes Año

3.3 Documento de identidad: D.N.I. Número:

 Pasaporte Número:

 N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

 N.I.E.: Número de Identificación de Extranjero que conste en documento en vigor, expedido por las autoridades españolas.

3.4 ¿Cuál es la nacionalidad del padre?

Española

Extranjera. Indique el país:

Dicha nacionalidad, ¿es su nacionalidad de nacimiento o fue adquirida posteriormente?

De nacimiento

Adquirida posteriormente

¿Dónde nació el padre?

En España. Indique la provincia y el municipio donde nació:

Provincia:

Municipio:

En el extranjero. Indique el país:

3.5 ¿Dónde reside el padre?

En el mismo domicilio que la madre Pase al apartado 3.7 En distinto domicilio que la madre Cumplimente el apartado 3.6

3.6 Residencia del padre En España. Indique la provincia y el municipio donde reside habitualmente:

Provincia:

Municipio:

En el extranjero. Indique el país:

Domicilio en España: Tipo de vía:

Nombre vía:

Código postal: Número: Portal: Bloque:

 Escalera: Planta: Puerta:



3. Datos del padre (Continuación)

3.7 ¿Cuáles son los estudios de mayor nivel que ha completado el padre? Marque la casilla correspondiente.

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.- No sabe leer o escribir | <input type="checkbox"/> 6.- FPI, FP grado medio, Oficialía Industrial o equivalente |
| <input type="checkbox"/> 2.- Sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela | <input type="checkbox"/> 7.- FPPII, FP superior, Maestría Industrial o equivalente |
| <input type="checkbox"/> 3.- Fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB, ESO o Bachillerato Elemental | <input type="checkbox"/> 8.- Diplomatura, Arquitectura o Ingeniería Técnicas; 3 cursos aprobados de Licenciatura, Ingeniería o Arquitectura |
| <input type="checkbox"/> 4.- Bachiller Elemental, EGB o ESO completa (Graduado Escolar) | <input type="checkbox"/> 9.- Arquitectura, Ingeniería, Licenciatura o equivalente |
| <input type="checkbox"/> 5.- Bachiller Superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU | <input type="checkbox"/> 10.- Doctorado |

3.8 ¿Cual es la profesión, oficio u ocupación principal del padre? Marque la casilla del grupo que considere más adecuado, y describala en la línea que hay al final de esta tabla.

Grupo profesional o situación

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fuerzas armadas | <input type="checkbox"/> Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios | <input type="checkbox"/> Trabajadores no cualificados |
| <input type="checkbox"/> Dirección de las empresas y de las administraciones públicas | <input type="checkbox"/> Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca | <input type="checkbox"/> Estudiantes |
| <input type="checkbox"/> Técnicos y profesionales científicos e intelectuales | <input type="checkbox"/> Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria | <input type="checkbox"/> Personas que realizan o comparten las tareas del hogar |
| <input type="checkbox"/> Técnicos y profesionales de apoyo | <input type="checkbox"/> Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores | <input type="checkbox"/> Jubilados/pensionistas/rentistas
(En este caso, marque también la casilla del grupo correspondiente a la profesión, oficio u ocupación ejercida anteriormente y describala) |
| <input type="checkbox"/> Empleados de tipo administrativo | | |



4. Datos del nacimiento o del aborto (se rellena un apartado por cada nacido vivo o muerto)

4.1 Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

4.2 ¿Cuál es la nacionalidad del primer nacido? Española Extranjera. Indique el país:

4.3 Sexo: Varón Mujer

4.4 Peso en gramos:

4.5 Vivió más de 24 horas: Sí No

Nació: Vivo Muerto

A CUMPLIMENTAR POR PERSONAL SANITARIO

4.6 Si el niño nació muerto o falleció antes de las 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa?

Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido:

Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o al recién nacido:

¿Se practicó autopsia? Sí No Si nació muerto, indique: Murió antes del parto Murió durante el trabajo del parto

4.7 Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

4.8 ¿Cuál es la nacionalidad del segundo nacido? Española Extranjera. Indique el país:

4.9 Sexo: Varón Mujer

4.10 Peso en gramos:

4.11 Vivió más de 24 horas: Sí No

Nació: Vivo Muerto

A CUMPLIMENTAR POR PERSONAL SANITARIO

4.12 Si el niño nació muerto o falleció antes de las 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa?

Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido:

Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o al recién nacido:

¿Se practicó autopsia? Sí No Si nació muerto, indique: Murió antes del parto Murió durante el trabajo del parto



4. Datos del nacimiento o del aborto (se rellena un apartado por cada nacido vivo o muerto) (Continuación)

4.13 Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

4.14 ¿Cuál es la nacionalidad del tercer nacido? Española
 Extranjero. Indique el país:

4.15 Sexo: Varón Mujer

4.16 Peso en gramos:

4.17 Vivió más de 24 horas: Sí No

* Nació: Vivo Muerto

A CUMPLIMENTAR POR PERSONAL SANITARIO

4.18 Si el niño nació muerto o falleció antes de las 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa?

Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido:

Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o al recién nacido:

¿Se practicó autopsia? Sí No Si nació muerto, indique: Murió antes del parto Murió durante el trabajo del parto

Firma del declarante

Si ha habido cuatro o más nacidos en este parto:

- Utilice un segundo cuestionario; cumplimente en él solamente la pregunta 2.1 de identidad de la madre y las preguntas del apartado 4 relativas a los nacidos.
- Escriba en las siguientes casillas el número del otro cuestionario, el que figura impreso en la parte superior derecha de la primera página.

Número del segundo cuestionario:

Firma y número de colegiado del médico



2. Datos del cónyuge A

2.1 Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

2.2 Fecha de nacimiento Día Mes Año 2.3 Sexo: Varón Mujer

2.4 Documento de identidad: D.N.I. Número: -

Pasaporte Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: --

N.I.E.: Número de Identificación de Extranjero que conste en documento en vigor, expedido por las autoridades españolas.

2.5 ¿Cuál es la nacionalidad del cónyuge A? Española

Extranjera. Indique el país:

Dicha nacionalidad, ¿es su nacionalidad de nacimiento o fue adquirida posteriormente? De nacimiento Adquirida posteriormente

¿Dónde nació el cónyuge A? En España. Indique la provincia y el municipio donde nació:

Provincia:

Municipio:

En el extranjero. Indique el país:

2.6 Estado Civil Soltero/a

Viudo/a Fecha de fallecimiento del cónyuge anterior Día Mes Año

Indique el orden del matrimonio actual (Primero: 1, Segundo: 2):

Divorciado/a Fecha de la sentencia de divorcio Día Mes Año

Indique el orden del matrimonio actual (Primero: 1, Segundo: 2):

2.7 ¿Dónde residía el cónyuge A? En España. Indique la provincia y el municipio donde residía habitualmente:

Provincia:

Municipio:

En el extranjero. Indique el país:

Domicilio en España: Tipo de vía:

Nombre vía:

Código postal: Número: - Portal: Bloque:

Escalera: Planta: Puerta:

2. Datos de la causa de defunción

A cumplimentar por el médico que certificó la defunción
 A cumplimentar por el médico que certificó la defunción

Intervalo de tiempo
Intervalo de tiempo

(minutos, horas, días, meses o años entre el comienzo de cada afección y la fecha de la defunción)
 (minutos, horas, días, meses o años entre el comienzo de cada afección y la fecha de la defunción)

2.1 Parte I

Causa inmediata (enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente)
Causa inmediata (enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente)
 (a)

No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento
 No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento

Debido a/ Debido a/



Causas antecedentes (estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada)
Causas antecedentes (estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada)
 (b)

(c)

Debido a/ Debido a/



Si el estado patológico señalado en la parte I a) fue consecuencia de uno o varios estados mórbidos, las causas antecedentes se anotarán en la línea b) o en las líneas b) y c)
 Si el estado patológico señalado en la parte I a) fue consecuencia de uno o varios estados mórbidos, las causas antecedentes se anotarán en la línea b) o en las líneas b) y c)

Debido a/ Debido a/



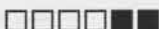
Causa básica o inicial (enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte)
Causa básica o inicial (enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte)
 (d)

Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia se hará una breve descripción de las circunstancias
 Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia se hará una breve descripción de las circunstancias

2.2 Parte II

Otros procesos (que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados ni desencadenantes de la causa básica o inicial)
Otros procesos (que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados ni desencadenantes de la causa básica o inicial)

Todas las demás enfermedades o condiciones que hayan ejercido influencia desfavorable en el curso del proceso patológico, contribuyendo al desenlace fatal, pero que no guardan relación con la enfermedad o condición que causó directamente la muerte.
 Todas las demás enfermedades o condiciones que hayan ejercido influencia desfavorable en el curso del proceso patológico, contribuyendo al desenlace fatal, pero que no guardan relación con la enfermedad o condición que causó directamente la muerte.



2. Datos de la causa de defunción (Continuación)

A cumplimentar por el médico que certificó la defunción

2.3 ¿En qué lugar ocurrió la defunción?

- Domicilio del fallecido
- Centro hospitalario
- Residencia socio-sanitaria
- Otro lugar

2.4 ¿Ha habido indicios de muerte violenta?

- Sí
- No

2.5 ¿Se practicó autopsia?

- Sí
- No

2.6 ¿La información de la causa de muerte está basada en el resultado de la autopsia?

- Sí
- No

2.7 Si la persona fallecida era mujer ¿estaba embarazada o lo estuvo en los doce meses anteriores a la muerte?

- Sí
- No

Firma del declarante

**Número de colegiado
y firma del médico**



Nuevo modelo de CMD/BED



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Nº 584175100

Colegio de _____

Clase 3ª
Serie B

D. / Dña. _____
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en _____, con el número _____
y con ejercicio profesional en _____

CERTIFICO la defunción de

Nombre del fallecido/a: _____

1º Apellido del fallecido/a: _____

2º Apellido del fallecido/a: _____

Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo: Varón Mujer

Documento de identidad: D.N.I. Número: _____
 Pasaporte Número: _____
 N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: _____

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos _____ : _____ Día _____ Mes _____ Año _____

¿En qué lugar ocurrió la defunción?

Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Otro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones al dorso)

Intervalo de tiempo aproximado 1

Parte I: Causa inmediata 2

(a) _____ Horas _____ Días _____ Meses _____ Años _____

Causas antecedentes 3

(b) _____ Horas _____ Días _____ Meses _____ Años _____

(c) _____ Horas _____ Días _____ Meses _____ Años _____

Causa inicial o fundamental 4

(d) _____ Horas _____ Días _____ Meses _____ Años _____

Parte II: Otros procesos 5

_____ Horas _____ Días _____ Meses _____ Años _____

¿Ha habido indicios de muerte violenta?
Sí No

¿Se practicó autopsia?
Sí No

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: (marcar si procede)

Accidente de tráfico Accidente laboral Fecha del mismo: Día _____ Mes _____ Año _____

En _____, a _____ de _____ de _____ Firma del médico _____

3,48 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido

1 2 3 4 5 (ver instrucciones al dorso)



Mod. CMD-BED

01

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la causa **Inmediata** y se termine por la causa **Inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "debido a" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal"

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el intervalo aproximado (horas o días o meses o años) entre el comienzo de cada afección y la fecha de la defunción. Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, tan solo hay que rellenar una por proceso

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horas	Días	Meses	Años		

Parte I

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horas	Días	Meses	Años

3 Causas antecedentes:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c)

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horas	Días	Meses	Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horas	Días	Meses	Años

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horas	Días	Meses	Años

Parte II

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo

Ejemplo: Diabetes

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horas	Días	Meses	Años

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra
2. Evitar abreviaturas y/o siglas
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas

