

Anexo II. Cuestionario de notificación



NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DE ACUERDO CON LA LEY, ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL
R.D. 2409/1986

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LÉANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO
ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA
NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRADOS

LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO
ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR LA RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

CÓDIGO DE CENTRO
IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE SI NO

A. DATOS DE LA EMBARAZADA

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------------------|---|--|--------------------------------------|---|---|-----|--|-----|--|
| FECHA DE NACIMIENTO | | DÍA | MES | AÑO | LUGAR DE RESIDENCIA | MUNICIPIO | | | | | | | |
| CONVIVE EN PAREJA | | SI <input type="checkbox"/> 1 | NO <input type="checkbox"/> 2 | | | PROVINCIA | | | | | | | |
| ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> 1 SOLTERA | <input type="checkbox"/> 2 CASADA | <input type="checkbox"/> 3 VIUDA | <input type="checkbox"/> 4 DIVORCIADA | <input type="checkbox"/> 5 SEPARADA | CODIGO POSTAL | | | | | | | |
| PAÍS DE NACIMIENTO | | | | | AÑO DE LLEGADA | | | | | | | | |
| NACIONALIDAD | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN (1) | <input type="checkbox"/> 1 ANALFABETA | <input type="checkbox"/> 3 1º GRADO | <input type="checkbox"/> 5 2º GRADO/2º CICLO | | <input type="checkbox"/> 7 3º GRADO (Facultades, Esc. Tec. Sup. o equivalentes y postgraduadas) | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 SIN ESTUDIOS | <input type="checkbox"/> 4 2º GRADO/1º CICLO | <input type="checkbox"/> 6 3º GRADO (Escuelas universitarias o equivalentes) | | <input type="checkbox"/> 8 NO CLASIFICABLE POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADO | | | | | | | | |
| SITUACION LABORAL (2) MUJER | | PAREJA O SUSTENTADOR NO EXISTE <input type="checkbox"/> 0 | | | TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 PATRONA/O PROFESIONAL QUE EMPLEA PERSONAL | <input type="checkbox"/> 2 EMPRESARIA/O PROFESIONAL QUE NO EMPLEA PERSONAL | <input type="checkbox"/> 3 PERSONA QUE TRABAJA A SUELDO, JORNAL, COMISIÓN U OTRA CLASE CUALQUIERA DE REMUNERACIÓN | <input type="checkbox"/> 4 PENSIONISTA | <input type="checkbox"/> 5 ESTUDIANTE | <input type="checkbox"/> 6 PARADA/O EN BUSCA DE SU PRIMER EMPLEO REMUNERADO | <input type="checkbox"/> 7 SUS LABORES | <input type="checkbox"/> 8 OTRAS (3) | <input type="checkbox"/> 1 N° DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD | <input type="checkbox"/> 2 FECHA DEL ÚLTIMO PARTO | DÍA | MES | AÑO | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 3 N° DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL | <input type="checkbox"/> 4 FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO | DÍA | MES | AÑO | |
| | | | | | | | | ¿HA ACUDIDO A UN SERVICIO O CENTRO SANITARIO PARA LA UTILIZACIÓN O CONTROL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? | | SI | <input type="checkbox"/> 1 PÚBLICO <input type="checkbox"/> 2 PRIVADO <input type="checkbox"/> 3 OTROS | | |
| | | | | | | | | | | NO | <input type="checkbox"/> 4 | | |

B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|-----|-----|-----|
| ¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO? | <input type="checkbox"/> 1 CENTRO SANITARIO PÚBLICO | SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 CENTRO SANITARIO PRIVADO | FECHA DE INGRESO | | | DÍA | MES | AÑO |
| | <input type="checkbox"/> 3 OTROS | FECHA DE LA INTERVENCIÓN | | | | | |
| | | | | FECHA DE ALTA | | | |
| MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO | <input type="checkbox"/> 1 PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD FÍSICA O PSÍQUICA DE LA EMBARAZADA | } → | CAUSA | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 PRESUNCIÓN DE QUE EL FETO HABRÁ DE NACER CON GRAVES TARAS | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 VIOLACIÓN | | | | | | |
| MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN | <input type="checkbox"/> 1 ASPIRACIÓN O MINIASPIRACIÓN POR JERINGA | <input type="checkbox"/> 3 LEGRADO | <input type="checkbox"/> 5 INYECCIÓN INTRAVENOSA | <input type="checkbox"/> 7 HISTEROTOMÍA | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 DILATACIÓN | <input type="checkbox"/> 4 RU-486 | <input type="checkbox"/> 6 INYECCIÓN INTRAUTERINA | <input type="checkbox"/> 8 HISTERECTOMÍA | | | |
| NOTA: MÁRQUESE ÚNICAMENTE EL ÚLTIMO MÉTODO UTILIZADO EN LA IVE | | | | <input type="checkbox"/> 9 OTROS | | | |