

Anexo II. Cuestionario de notificación



MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DE ACUERDO CON LA LEY, ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL R.D 831/2010

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		DIA	MES	AÑO	PROVINCIA	
CONVIVENCIA		LUGAR DE RESIDENCIA			MUNICIPIO	
<input type="checkbox"/> 1 SOLA <input type="checkbox"/> 2 EN PAREJA <input type="checkbox"/> 3 CON PADRES/FAMILIARES <input type="checkbox"/> 4 OTRAS PERSONAS ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 5 NO CONSTA		RESIDE FUERA DE ESPAÑA			PAÍS DE RESIDENCIA	
<input type="checkbox"/> 1 Con Hijos ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> 2 Sin Hijos		CODIGO POSTAL			AÑO DE LLEGADA	
PAÍS DE NACIMIENTO		DOBLE NAC.			AÑO DE LLEGADA	
NACIONALIDAD		DOBLE NAC.			AÑO DE LLEGADA	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (3)	<input type="checkbox"/> 1 ANALFABETA/SIN ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> 3 ESO Y EQUIVALENTES	<input type="checkbox"/> 5 ESCUELAS UNIVERSITARIAS/FACULTADES		<input type="checkbox"/> 7 NO CONSTA	
	<input type="checkbox"/> 2 PRIMER GRADO (6º ED. PRIMARIA Y EQUIVALENTES)	<input type="checkbox"/> 4 BACHILLERATO Y CICLOS DE FP EQUIVALENTES	<input type="checkbox"/> 6 NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADOS			
¿TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS (rellenar sólo en el caso de que la mujer no tenga ingresos económicos propios)				
		<input type="checkbox"/> 1 PAREJA	<input type="checkbox"/> 2 FAMILIARES	<input type="checkbox"/> 3 OTROS INGRESOS	<input type="checkbox"/> 4 NO CONSTA	
SITUACIÓN LABORAL		Nº DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD	FECHA DEL ÚLTIMO PARTO	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> 1 TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA						
<input type="checkbox"/> 2 TRABAJADORA POR CUENTA AJENA		Nº DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL	FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> 3 PENSIONISTA		¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> 4 ESTUDIANTE		¿DE QUÉ TIPO? (4)		<input type="checkbox"/> 1 NATURALES		
<input type="checkbox"/> 5 DESEMPLEADA O SIN EMPLEO		(Responda sólo en el caso de utilizar habitualmente métodos anticonceptivos)		<input type="checkbox"/> 2 BARRERA		
<input type="checkbox"/> 6 TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO				<input type="checkbox"/> 3 MECÁNICOS		
<input type="checkbox"/> 7 OTRAS				<input type="checkbox"/> 4 HORMONALES		
<input type="checkbox"/> 8 NO CONSTA				<input type="checkbox"/> 5 MÉTODOS DEFINITIVOS <input type="checkbox"/> 6 OTROS MÉTODOS		

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	<input type="checkbox"/> 1 TELÉFONOS DE INFORMACIÓN AL USUARIO
	<input type="checkbox"/> 2 CENTRO SANITARIO PRIVADO	<input type="checkbox"/> 3 OTROS
		<input type="checkbox"/> 2 AMIGOS/FAMILIARES
		<input type="checkbox"/> 3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN
		<input type="checkbox"/> 4 INTERNET <input type="checkbox"/> 5 NO CONSTA
SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO		FECHA DE LA INTERVENCIÓN (6)
		DIA
		MES
		AÑO
MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> 1 A PETICIÓN DE LA MUJER	CAUSA
	<input type="checkbox"/> 2 GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA	
	<input type="checkbox"/> 3 RIESGO DE GRAVES ANOMALÍAS EN EL FETO	
	<input type="checkbox"/> 4 ANOMALÍAS FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O ENFERMEDAD EXTREMADAMENTE GRAVE E INCURABLE	
		RIESGO PARA LA EMBARAZADA
		RIESGO FETAL
MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN	MÉTODO QUIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> 1 DILATACIÓN Y EVACUACIÓN
		<input type="checkbox"/> 2 DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN
	MÉTODO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/> 3 MIFEPRISTONA
		<input type="checkbox"/> 4 PROSTAGLANDINAS
	OTROS MÉTODOS. ESPECIFICAR	<input type="checkbox"/> 5

NOTA: LAS OPCIONES NO SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ, POR LO QUE PODRÁ MARCARSE MÁS DE UNA.