



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

FORMATO DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE DEFUNCIONES POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y/O NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS

**I.- Datos generales establecimiento notificante**

1. Establecimiento de salud: _____
 2. Código RENAES: _____ 3. Fecha de llenado de datos: ____/____/____

II.- Identificación de la niña/niño fallecido

4. Nombres y apellidos: _____ 5. DNI/CUI/Pasaporte: _____
 6. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 7. Sexo: F () M () 8. N° de historia clínica: _____
 9. Edad: _____ Años () Meses () Días () 10. Nacionalidad: _____
 11. Raza: Asiático descendiente Mestizo Etnias: Andino Otro, especificar: _____
 Afrodescendiente Otro, especificar: _____ Indígena amazónico
 12. Dirección (donde vivía habitualmente): Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
 Tipo de vía: _____ Nombre de la vía: _____
 Agrupamiento urbano/rural: _____
 Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____
 Manzana: _____ Block: _____ Interior: _____ Kilometro: _____ Lote: _____
 Referencia: _____

III. Datos de la defunción

13. Fecha de defunción: _____ 16. Lugar de ocurrencia de la defunción:
 14. Hora de defunción: _____ Casa
 15. Lugar de defunción: Puesto de Salud
 Departamento: _____ Centro de Salud
 Provincia: _____ Hospital o Clínica con permanencia más de 24 hrs
 Distrito: _____ Hospital o Clínica con permanencia menos de 24 hrs
 Otro _____

IV.- Datos sobre atención y acceso a servicios de salud

17. Fecha de inicio de enfermedad: _____ 18. Fecha de primera atención: _____
 19. Quién cuidaba habitualmente a la niña/niño en los últimos 30 días:
 Madre Padre Abuelo/a Hermano/a Otro: _____
 20. ¿Adónde lo llevó primero?:
 Puesto de salud Centro de salud Hospital Otro: _____
 Clínica privada Farmacia / botica Curandero
 21. Por la gravedad de su niño/niña le indicaron transferirlo a otro establecimiento?: Si No
 22. Aceptó la transferencia: Si No Fecha de la transferencia: ____/____/____ Hora: _____
 23. Tipo de aseguramiento del niño:
 Privado EsSalud No tenía seguro
 SIS Fuerzas Armadas y Policiales Otro: _____
 24. Pertenecía el niño/niño a algún programa social:
 Juntos Vaso de leche Otro: _____
 25. Vacunas :
 Pentavalente: 1 dosis 2 dosis Dosis completas Fecha de última dosis: ____/____/____
 Neumococo: 1 dosis 2 dosis Dosis completas Fecha de última dosis: ____/____/____
 Influenza: 1 dosis 2 dosis Dosis completas Fecha de última dosis: ____/____/____
 SPR : 1 dosis 2 dosis Dosis completas Fecha de última dosis: ____/____/____
 26. Estado nutricional:
 Talla: Eutrófico
 Peso: Desnutrido
 27. Tipo desnutrición: Agudo Crónico
 28. Tipo de lactancia (hasta los 6 m): Exclusiva Mixta Formula láctea

IV.- Atención hospitalaria (Solo si llego a estar internado en el hospital):

30. Fecha de ingreso a emergencia: ____/____/____ Hora: _____ 31. Fecha de ingreso a hospitalización: ____/____/____ Hora: _____
 32. Diagnósticos de ingreso:

V.- Diagnósticos finales (según Certificado de Defunción o investigación de caso)

33 Causa terminal: _____
 34 Causa intermedia: _____
 35 Causa básica: _____

VI. Investigador

36. Persona que llena la ficha: _____
 37. Firma y sello

