



PERÚ
Ministerio
de Salud

Centro 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: 27. Tipo desnutrición: 28. Tipo de lactancia (hasta los 6 m):
Talla: Eutrófico Agudo Exclusiva Formula láctea
Peso: Desnutrido Crónico Mixta
29. N° Controles CRED (Según carnet): _____

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 _____
