



**I. DATOS GENERALES**

Nombre de Establecimiento de Salud notificante: \_\_\_\_\_  
Código RENAES: \_\_\_\_\_ Fecha de llenado de datos: \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO**

**- Datos Personales:** N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Años  
Sexo:  F  M  Meses --> Si es menor de 1 año, anotar meses  
 Días --> Si es menor de 1 mes, anotar días  
Etnia o Raza:  Mestizo  Andino  
 Asiático Descendiente  Indígena Amazónico  
 Afrodescendiente  Otro: ---> Especificar: \_\_\_\_\_

**- Domicilio actual:**

País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Tipo de vía: \_\_\_\_\_ Nombre de vía: \_\_\_\_\_  
Agrupamiento urbano/rural: \_\_\_\_\_  
Nombre del agrupamiento urbano/rural: \_\_\_\_\_  
Manzana: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Interior: \_\_\_\_\_ Kilómetro: \_\_\_\_\_ Block: \_\_\_\_\_  
Referencia: \_\_\_\_\_

**III. DATOS DE LA DEFUNCIÓN**

Fecha de Defunción: \_\_\_\_\_ Hora de Defunción: \_\_\_\_\_  
Lugar de Defunción: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Lugar de Ocurrencia de la Defunción:  Casa  Puesto de Salud  Centro de Salud  
 Hospital/Clinica con permanencia < 24 horas  Hospital/Clinica con permanencia > 24 horas  
Especificar EESS: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS SOBRE ATENCIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD**

Fecha de inicio de la diarrea: \_\_\_\_\_  
¿A dónde lo llevó primero? Fecha de primera atención: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Puesto de salud  Centro de Salud  Hospital  Clínica privada  Farmacia/botica  
 Curandero  Otro: \_\_\_\_\_ Nombre del EESS: \_\_\_\_\_  
¿Por la gravedad le indicaron el transferirlo a otro establecimiento?  Si  No  
¿Aceptó la transferencia?  Si  No  
Fecha de la transferencia: \_\_\_\_\_ Hora de Transferencia: \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de aseguramiento tiene?  
 EsSalud  SIS  Fuerzas Armadas  Policia  Privado  
 No tenía seguro  Otro: \_\_\_\_\_  
¿Pertenece a algún programa social?  Juntos  Vaso de leche  Pensión 65  
 No pertenece  Otro: \_\_\_\_\_

**- En caso de niños menores de 5 años:**

¿Quién cuidaba habitualmente al niño/niña en los últimos 30 días?  
 Madre  Padre  Abuela/o  
 Hermana/o  Otro: \_\_\_\_\_  
Vacuna contra el Rotavirus:  1ª dosis  2ª dosis  Peso (kg)  Talla (m)  
Estado nutricional:  Eutrófico  Desnutrido: en caso de ser si, marque ->  Agudo  Crónico  
Tipo de Alimentación:  Lactancia materna exclusiva (6 meses)  Fórmula Láctea  Lactancia Mixta  
N° controles CRED (según tarjeta): \_\_\_\_\_

**V. ATENCIÓN HOSPITALARIA (SOLO SI LLEGÓ A ESTAR INTERNADO EN EL HOSPITAL)**

Fecha de ingreso a emergencia: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso a hospitalización: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Diagnósticos de ingreso: \_\_\_\_\_

**VI. DIAGNÓSTICOS FINALES (SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)**

Causa básica: \_\_\_\_\_  
Causa intermedia: \_\_\_\_\_  
Causa terminal: \_\_\_\_\_

**VII. DATOS DEL INVESTIGADOR**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_