



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD - DIGIES

AUTOPSIA VERBAL

Ficha de Investigación de Defunción. Causa Mal Definida

1. Número de caso: _____

Este formulario se usa con las personas a cargo del cuidado del fallecido/a o con la persona que haya estado presente durante la enfermedad o situación que llevó a la muerte.

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

2. Establecimiento de Salud: _____ 3. Región Sanitaria: _____

4. Distrito: _____ 5. Fecha de la Investigación: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

I PARTE: DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

6. Documento de Identificación: 1. C. Identidad 2. Pasaporte N° _____ 3. No tiene

7. Apellido(s) y Nombre(s): _____
Nombre(s) Apellido(s)

8. Fecha de Nacimiento
Día ____ Mes ____ Año ____

9. Lugar de Nacimiento: 1. País: _____

2. Departamento: _____

3. Distrito: _____

10. Fecha de Defunción
Día ____ Mes ____ Año ____

11. Lugar de Defunción: 1. Departamento: _____

2. Distrito: _____

12. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino 3. Indeterminado

14. Pueblo Indígena:

1. No Aplica 2. Aplica, especificar _____

13. Edad: 1. Horas (00-23) ____ 2. Días (01-29) ____
(Menor de un día) (Menor de un mes)

15. Estado Civil: 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Unido/a
5. Separado/a 6. Divorciado/a 7. No Aplica 8. Desconoce

3. Meses (01-11) ____ 4. Años ____
(Menor de un año) (1 o más años)

16. Nivel Educativo: C I Año Cursado 17. Se emitió el Certificado de Nacido Vivo: Esta pregunta (17) solo en menor de 10 años

1 Ninguno

2. Educación Inicial (____)

3. Primaria (____)

4. Secundaria (____)

5. Escolar Básica (____)

6. Escolar Media (____)

7. Universitario (____)

8. Sup. No Universitario (____)

9. No Aplica 10. Ignorado

1. Si, N.º de CNV: _____ 2. No 3. No Sabe

18. Se emitió el Certificado de Defunción:

1. Si, N.º de CD: _____ 2. No 3. No Sabe

19. ¿Tiene Certificado del Acta de Defunción (Emitido por el Registro Civil)?

1. Si 2. No 3. No Sabe

Identificación de la Madre (Preguntar solo en fallecido menor de 18 años) Aplica No Aplica

20. Documento de Identificación: 1. C. Identidad 2. Pasaporte N° _____ 3. No tiene

21. Apellido(s) y Nombre(s): _____
Nombre(s) Apellido(s)

22. Nivel Educativo: C I Año Cursado

1 Ninguno

2. Educación Inicial (____)

3. Primaria (____)

4. Secundaria (____)

5. Escolar Básica (____)

6. Escolar Media (____)

7. Universitario (____)

8. Sup. No Universitario (____)

9. No Aplica 10. Ignorado

23. Edad: ____

II PARTE: ENTREVISTA

24. Lugar de la Entrevista:

1. Departamento _____ 2. Distrito: _____

3. Área: a. Urbana b. Rural 4. Barrio/Compañía/Asentamiento _____

5. Dirección _____ 6. N.º Casa _____

7. Referencia _____

Identificación del Entrevistado

25. Documento de Identificación: 1. C. Identidad 2. Pasaporte N° _____ 3. No tiene

26. Apellido(s) y Nombre(s): _____
Nombre(s) Apellido(s)

27. Su relación con el fallecido(a): 1. Madre 2. Padre 3. Hermano(a) 4. Otro, especificar _____

Defunción debida a Causa Externa

28. ¿Sufrió alguna herida, accidente o un acto de violencia?

1. Si, cual?: _____ 2. No 3. No sabe

29. ¿La persona falleció debido a lesiones, un accidente o actos de violencia?1. Si, pase a la pregunta 1192. No 3. No sabe**Factores de riesgo asociados del fallecido/a (Preguntar solo en fallecido de 1 año y más)****30. Biológico - genético:**

1. HTA
2. Diabetes Mellitus
3. Infecciosos
4. Otros (especificar) _____
5. Ninguno
6. No sabe

31. Tóxico y/o dependencias:

1. Droga (Especificar) _____
2. Alcohol
3. Tabaco
4. Otros (especificar) _____
5. Ninguno
6. No sabe

32. Tiempo de uso:

- 1 Meses 2 Años 3 No Sabe

33. Frecuencia:

- 1 __ Veces por _____ 2 No Sabe
- 1 __ Veces por _____ 2 No Sabe
- 1 __ Veces por _____ 2 No Sabe
- 1 __ Veces por _____ 2 No Sabe
- 1 __ Veces por _____ 2 No Sabe
- 1 __ Veces por _____ 2 No Sabe

34. Medicamentos de uso continuo (Anotar nombre y si es posible dosis y tiempo de uso)

Medicamento

Dosis

Tiempo de uso

Signos y Síntomas de la Enfermedad que llevó a la muerte**35. ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo antes de morir?**1. Horas 2. Días 3. Meses 4. Años 5. No Sabe

Especificar cuanto tiempo: _____

36. ¿Tuvo fiebre? (Si la respuesta es "No" o "No Sabe" pase a la pregunta 37)1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**36.1. ¿La fiebre fue constatada por termómetro?**1. Si 2. No 3. No Sabe**36.2. La fiebre era:**1. Alta (más de 39°) 2. Continua 3. Discontinua 4. No Sabe**36.3. Tuvo fiebre solamente por la:**1. Tarde 2. Noche 3. No Sabe**36.4. ¿Tuvo escalofríos (chuchu)?**1. Si 2. No 3. No Sabe**37. ¿Bajó de peso durante la enfermedad?**1. Si. En cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe

_____ Kilos (Especificar la cantidad que bajó)

38. ¿Tuvo dolores de cabeza? (Si la respuesta es "No" o "No Sabe" pase a la pregunta 39)1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**38.1. El dolor era:**1. Fuerte 2. Continuo 3. Pulsátil 4. No Sabe**38.2. ¿Vomitaba cuando tenía dolores de cabeza?**1. Si 2. No 3. No Sabe**39. ¿Tuvo confusión mental?**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**40. ¿Tuvo convulsiones (ataques)?**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe

_____ Veces por día _____ Veces por semana _____ Veces por mes

41. ¿Llegó a quedar inconsciente (desmayado)?1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**42. ¿Se le puso el cuello curvado hacia atrás?**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**43. ¿Se le puso el cuello rígido?**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**44. ¿Tuvo rigidez en todo el cuerpo?**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**45. ¿Presentó parálisis? (Si la respuesta es "No" o "No Sabe" pase a la pregunta 46)**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**45.1. ¿Donde?** _____

Las preguntas 46 y 47, realizar solo en fallecido de 1 AÑO Y MAS.

46. ¿Presentó dificultades al caminar? 1. Arrastra el pie 2. Rengueo 3. Otro, Especificar _____ 4. No Sabe**47. ¿Se caía al caminar?**1. Si 2. No 3. No Sabe**48. ¿Tuvo los ojos hundidos?**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**49. ¿Estuvo pálido o descolorido?**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**50. ¿Tuvo dificultades o dolor al tragar?**1. Líquidos 2. Sólidos 3. Líquidos y solidos 4. No Sabe**51. ¿Tuvo tos? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 52)**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**51.1. La tos**1. Era frecuente 2. Se presentaba cuando estaba acostado 3. Era con catarro (Si la respuesta es "Si" pase a preg 51.2) 4. No Sabe**51.2. ¿Cuál era el color o aspecto del catarro?**1. Amarillo 2. Sangre 3. Blanco 4. Verde 5. Otro, Especificar _____ 6. No Sabe**51.3. Sudaba por la:**1. Mañana 2. Tarde 3. Noche 4. No Sabe**52. ¿Vomitaba? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pasa a la pregunta 53)**1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe**52.1. ¿Cuántas veces por día?**1. _____ Veces 2. No Sabe

- 52.2. ¿Vomitó parásitos? 1. Sí 2. No 3. No Sabe
- 52.3. ¿Cuál era el color o aspecto del vómito?
1. Sangre 2. Verde 3. Marrón 4. Contenido alimentario 5. Otros, especificar _____ 6. No Sabe
- Éste número (52.4) preguntar solo en fallecido **MENOR DE 1 AÑO**.
- 52.4. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento comenzó a vomitar? 1. Horas 2. Días 3. Meses 4. No Sabe
53. ¿Tuvo dolor de oído? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 54) 1. Sí 2. No 3. No Sabe
- 53.1. ¿Tuvo secreción en el oído? (Si la respuesta es "No" o "No Sabe" pase a la pregunta 54) 1. Sí 2. No 3. No Sabe
- 53.2. ¿Cuál era el color de la secreción? 1. Líquido claro 2. Con sangre 3. Con pus 4. No Sabe
54. ¿Respiraba más rápido de lo normal? 1. Sí. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
55. ¿Tuvo dificultades para respirar? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 56)
1. Sí. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 55.1. ¿Hacía ruido al respirar? 1. Sí, roncus (ronquidos) 2. Sí, sibilancias (chillidos) 3. No 4. No Sabe
- 55.2. Cada vez que respiraba, ¿presentaba tiraje (se le contraía la barriga cerca de las costillas)? 1. Sí 2. No 3. No Sabe
56. ¿Se puso cianótico (morado) alguna vez? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pasa a la pregunta 57) 1. Sí 2. No 3. No Sabe
- 56.1. Tuvo cianosis:
1. Alrededor de la boca 2. En las manos y pies 3. En todo el cuerpo 4. Otro, especificar _____ 5. No Sabe
57. ¿Tuvo dolor en el pecho? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 58) 1. Sí 2. No 3. No Sabe
- 57.1. ¿Cuánto tiempo duraba?
1. Menos de 5 minutos 2. Menos de media hora 3. De media hora a 24 horas 4. Más de 24 horas 5. No Sabe
- 57.2. ¿Donde se localizaba el dolor?
1. Pedir al entrevistado que indique en su cuerpo con el dedo índice _____ 2. No Sabe
- 57.3. El dolor:
1. Era continuo 2. Era discontinuo 3. Empeoraba cuando tosía o respiraba 4. Empeoraba cuando hacía esfuerzo 5. No Sabe
- 57.4. ¿Sentía el corazón acelerado al mismo tiempo? 1. Sí 2. No 3. No Sabe
- 57.5. ¿Se ponía pálido o sudaba? 1. Sí 2. No 3. No Sabe
58. ¿Tuvo diarrea? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 59)
1. Sí. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 58.1. La diarrea era: 1. Frecuente 2. Espaciada 3. No Sabe
- 58.2. ¿Cuántas veces iba de cuerpo por día? 1. _____ Veces 2. No Sabe
- 58.3. ¿Cual era el color o aspecto de la deposición?
1. Líquido 2. Con sangre 3. Con flema
4. Fétida (olor muy fuerte) 5. Negra 6. Otro, especificar _____ 7. No Sabe
59. ¿Tuvo dolores de barriga o cólicos? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 60)
1. Sí. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 59.1. El dolor o los cólicos eran:
1. Fuertes 2. Frecuentes 3. Espaciados 4. No Sabe
60. ¿Tuvo la barriga hinchada? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 61)
1. Sí. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 60.1. ¿Con cuánta rapidez se le hinchó? 1. Rápidamente (días) 2. Lentamente (meses) 3. No Sabe
- 60.2. ¿Estuvo sin defecar (ir de cuerpo)? 1. Sí, por _____ días 2. No 3. No Sabe
61. ¿Tuvo un tumor (bola o bulto duro) en la barriga? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 62)
1. Sí, por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 61.1. ¿Donde se localizaba el tumor?
1. Pedir al entrevistado que indique en su cuerpo con el dedo índice _____ 2. No Sabe
62. ¿Tuvo dificultades para orinar? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 63)
1. Sí, por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 62.1. ¿Orinaba gota a gota? 1. Sí 2. No 3. No Sabe
- 62.2. ¿Tuvo dolor al orinar? 1. Sí 2. No 3. No Sabe
63. ¿Hubo algún cambio en el color de la orina? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 64)
1. Sí, por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 63.1. ¿Cuál era el color o aspecto de la orina?
1. Clara 2. Concentrada 3. Amarronada 4. Con sangre
5. Con pus 6. Otro, especificar _____ 7. No Sabe
64. ¿Hubo algún cambio en la cantidad de orina por día? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 65)
1. Sí, por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 64.1. ¿Cuál? 1. Aumentó 2. Disminuyó 3. Dejó de orinar 4. No sabe
65. ¿Tuvo lesiones (manchas, ampollas, pápulas, heridas) en la piel? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 66)
1. Sí, por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 65.1. ¿Donde? 1. Rostro 2. Boca 3. Brazos y piernas 4. Tronco 5. Otro, especificar _____ 6. No Sabe

- 65.2. ¿Cómo eran? 1. Manchas moradas 2. Manchas rojas 3. Ampollas con pus
4. Ampollas con líquido transparente 5. Pápulas o nódulos (bulto) 6. Heridas con pus
7. Heridas con líquido transparente 8. Otro, especificar ----- 9. No Sabe
66. ¿Tuvo prurito (picazón)? 1. Si. Por cuanto tiempo? _____ Localización _____ 2. No 3. No Sabe
67. ¿Tuvo algún sangrado durante la enfermedad que llevó a la muerte? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 68)
1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 67.1. ¿Donde? 1. Nariz 2. Boca 3. Ano 4. Genitales 5. Otro, especificar _____ 6. No Sabe
68. ¿Tuvo edema (hinchazón)? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 69)
1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 68.1. ¿Donde? 1. En las piernas 2. En las manos 3. En el rostro 4. En todo el cuerpo
5. En las articulaciones 6. Otro, especificar _____ 6. No Sabe
69. ¿Tuvo ganglios? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 70)
1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 69.1. ¿Donde? 1. Cuello 2. Axila 3. Ingle 4. Otro, especificar _____ 5. No Sabe
70. ¿Tuvo ictericia (coloración amarillenta)? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 71)
1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 70.1. ¿Donde? 1. Ojos 2. Palma de manos 3. Planta de pies 4. Piel 5. Todo el cuerpo
6. Otro, especificar _____ 7. No Sabe

Las preguntas 70.2 y 70.3, realizar solo en fallecido **MENOR DE 1 AÑO**.

- 70.2. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento comenzó la ictericia? 1. Horas 2. Días 3. No Sabe
- 70.3. ¿Cuando el bebe murió, ¿Todavía tenía ictericia? 1. Si 2. No 3. No Sabe

Preguntar solo en caso de Mujer en Edad Fértil (10 a 54 años)

Aplica No Aplica
En caso de "No Aplica" pase a la pregunta 103 o 119 -

Antecedentes gineco - obstétricos

71. Menarca _____ (Edad en años de la primera menstruación) No Sabe
FUM ____/____/____ (Fecha de la última menstruación) No Sabe
FUP ____/____/____ (Fecha de último parto) No Sabe
FUC ____/____/____ (Fecha de última cesárea) No Sabe
FUA ____/____/____ (Fecha de último aborto) No Sabe
Menopausia _____ (Fecha en años de la última menstruación) No Sabe
Terapia anticonceptiva (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 72) 1. Sí 2. No 3. No Sabe
¿Qué método? _____ No Sabe
¿Desde cuándo? _____ No Sabe
72. Partos 1. Vaginales (PV) 2. Cesáreas (C) 3. Abortos (A)
4. Embarazo Ectópicos (EE) 5. Embarazo molar (EM)
73. Nacidos 1. Vivos 2. Muertos
74. Número de embarazos (El número de embarazos: suma de PV + C + A + EE + EM. También es suma de NV y NM)
75. ¿Tuvo flujo vaginal? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 76)
1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 75.1. ¿Cómo era el flujo? 1. Olía mal 2. Amarillento 3. Verdoso 4. Sanguinolento 5. Amarronado
6. Otro, especificar _____ 7. No Sabe
76. ¿La mujer menstruaba? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 77)
1. Si 2. No 3. No Sabe
- 76.1. ¿Sangraba mucho durante la menstruación? 1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 76.2. ¿Sangraba entre los periodos menstruales? 1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
77. ¿Tuvo alguna alteración en la mama? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 78)
1. Si. Por cuanto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
- 77.1. ¿Que tipo de alteración? 1. Lesión 2. Bola / bulto / nódulo 3. Hinchazón 4. Infección 5. No Sabe

Embarazo, parto, aborto y puerperio. Preguntar del 78 al 102 también en Madres de fallecidos MENOR DE 1 AÑO

78. ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 121)
1. Si 2. No 3. No Sabe
79. Patologías
Pre - existentes: 1. Hipertensión Crónica 2. Diabetes Mellitus 3. Cardiopatías 4. Nefropatías 5. Epilepsia
6. Psiquiátricas 7. Inmunológicas 8. Otro, especificar _____ 9. Ninguno 10. No Sabe

- Durante el embarazo** 1. Pre eclampsia 2. Eclampsia 3. Amenaza de parto prematuro 4. Diabetes Gestacional
 5. Hemorragia: ____ antes del trabajo de parto; ____ durante el trabajo de parto; ____ después del trabajo de parto.
 6. Infección, especificar _____ 7 Otro, especificar _____ 8. Ninguno 9. No Sabe
- 80. Ingesta de Medicamentos** 1. Si. Especificar _____ 2. No 3. No Sabe
- 81. Corticoides en el prenatal** 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 82. Nº de Partos** 1. Vaginales 2. Cesáreas 3. Abortos
- 83. ¿El embarazo fue considerado de riesgo?** 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 84. Si fue de riesgo ¿Acudió al hospital para su mejor atención?** 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 85. ¿Fue internada durante el embarazo?** (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 86) 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 85.1. ¿Cuántas veces?** 1. _____ Veces 2. No Sabe
- 85.2. ¿Por cuanto tiempo?** 1. _____ 2. No Sabe
- 85.3. ¿Por qué motivo?** 1. _____ Veces 2. No Sabe
- 85.4. ¿Con cuantas semanas o meses de embarazo?** 1. _____ Semanas o meses; subrayar 2. No Sabe
- 86. Nº de Controles Prenatales del embarazo del niño fallecido** 1. 2. No sabe
- 87. Primera Consulta Prenatal** 1. (en semanas o meses: subrayar) 2. No sabe
- 88. Grupo Sanguíneo** 1. ____ RH ____ 2. No Sabe
- 89. ¿Recibió la madre vacuna contra e tétanos en este embarazo?** Solicitar carnet
 (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 90) 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 89.1. ¿Cuántas dosis?** 1. Primera dosis 2. Segunda dosis 3. Refuerzo _____ 4. No sabe
- 90. Lugar de parto** 1. Institucional 2. Domiciliario 3. Otro _____ 4. No sabe
- 91. Tipo de nacimiento** 1. Único 2. Múltiple 3. No sabe
- 92. Tipo de parto** 1. Vaginal 1.1. Instrumental _____ 2. Cesárea 2.1. Motivo _____ 3. No sabe
- 93. Asistido por** 1. Médico (especialidad) _____ 2. Obstetra 3. Enfermero/a 4. Auxiliar
 5. Otro _____ 6. No sabe
- 94. El día del parto, la madre tuvo:** 1. Presión alta 2. Fiebre 3. Confusión mental 4. Convulsiones
 5. Mucho sangrado 6. Ninguno 7. No Sabe
- 95. ¿Cuál era el estado de salud de la madre cuando nació el bebé?**
 1. Bueno 2. Estaba enferma 3. Falleció durante el parto 4. No Sabe
- 96. ¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto?**
 1. Menos de 12 horas 2. De 12 a 24 horas 3. 24 horas o más 4. No Sabe
- 97. Operación efectuada:** 1. Curetaje 2. Cesárea 3. Fórceps 4. Histerectomía 5. Salpinguectomía
 6. Revisión de la cavidad uterina 7. Otro, especificar _____ 8. No Sabe
- 98. En el post parto o aborto presentó:** 1. Sangrado vaginal 2. Dolor de barriga 3. Flujo vaginal con mal olor
 4. Fiebre 5. Dificultades para orinar o defecar 6. Falta de apetito o náuseas 7. Mareos / Desmayos
 8. Tristeza o depresión 9. Otro, especificar _____ 10. Ningún problema 11. No Sabe
- 99. ¿Fue dada de alta después del parto o aborto?** 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 100. ¿Fue hospitalizada nuevamente?** 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 101. Control Perinatal** (Solicitar carnet) 1. Bueno 2. Malo 3. Sin control 4. No porta 5. No Sabe

102. Infecciones perinatales	Laboratorio		Fecha	Resultados	Tratamiento		Fecha
	Si	No			Completo	Incompleto	
Sífilis							
VIH							
Toxoplasmosis							
Citomegalovirus							
Hepatitis (Especificar)							
Chagas							
Rubéola							
Dengue							
Tuberculosis							
Otros, especificar							

Condiciones del Nacimiento (Preguntar solo en fallecido MENOR DE 1 AÑO)

- 103. ¿Qué parte del bebé salió primero?** 1. Cabeza 2. Brazo / Mano 3. Pié 4. Nalgas 5. No Sabe
- 104. ¿El cordón umbilical salió antes que el bebé naciera?** 1. Si 2. No 3. No Sabe

105. ¿El bebé nació con circular del cordón (enlazado)? 1. Si 2. No 3. No Sabe
106. ¿El bebé aspiró líquido durante el parto? 1. Si 2. No 3. No Sabe
107. ¿Necesitó ayuda para respirar? 1. Si 2. No 3. No Sabe
108. ¿Tardó en llorar? 1. Si. Cuanto tiempo _____ 2. No 3. No Sabe
109. ¿Qué peso tuvo el bebé al nacer? 1. _____ Gramos (Especificar el peso) 2. No Sabe
110. ¿Tuvo huesos fracturados como consecuencia del parto? 1. Si 2. No 3. No Sabe
111. ¿Qué color tuvo la piel del bebé cuando nació? 1. Normal 2. Rojizo 3. Azulado 4. Pálido 5. No Sabe
112. ¿Tuvo alguna malformación? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 113) 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 112.1. ¿Dónde? 1. Manos o pies 2. Espalda (Chichón u hoyo) 3. Corazón 4. Cabeza (muy grande) 5. Cabeza (muy pequeña) 6. Labio o paladar 7. Otro, especificar _____ 8. No Sabe
113. ¿Tuvo lesiones en la piel cuando nació? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 114) 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 113.1. ¿Dónde? 1. Rostro 2. Brazos y piernas 3. Tronco 4. Otro, especificar _____ 5. No Sabe
- 113.2. ¿Cómo eran? 1. Manchas moradas 2. Manchas rojas 3. Ampollas con pus 4. Ampollas con líquido transparente 5. Pápulas o nódulos (bulto) 6. Heridas con pus 7. Heridas con líquido transparente 8. Otro, especificar _____ 9. No Sabe
114. ¿Llegó a alimentarse? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 115) 1. Si. Lactancia materna 2. Si. Lactancia materna y otros 3. Si. Con biberón 4. Si. Por sonda 5. Si. Otro, especificar _____ 6. No 7. No Sabe
- 114.1. ¿Cuánto tiempo después de nacer comenzó a alimentarse? 1. Horas _____ 2. No Sabe
- 114.2. ¿El bebé dejó de alimentarse antes de morir? 1. Si. Por cuánto tiempo? _____ 2. No 3. No Sabe
115. ¿El ombligo era? 1. Normal 2. Rojo 3. Con secesión 4. Con sangrado 5. No Sabe
116. ¿Se usó algo para curar el ombligo? 1. Si. Cuál? _____ 2. No 3. No Sabe
117. ¿El bebé crecía normalmente? 1. Si 2. No 3. No Sabe
118. ¿Tuvo la fontanela? 1. Abombada. Por cuanto tiempo? _____ 2. Hundida. Por cuanto tiempo? _____ 3. No 4. No Sabe

Antecedentes de lesiones, accidentes o violencia

119. Especificar la lesión, accidente o un acto de violencia antes de morir: 1. Accidente de tránsito 2. Herida 3. Ahogamiento 4. Envenenamiento o intoxicación 5. Asfixia 6. Quemaduras 7. Caída 8. Golpe 9. Otro, especificar _____ 10. No Sabe
- 119.1. ¿Cómo, cuándo y donde sucedió?
120. ¿Sufrió una mordedura o picadura de algún animal o insecto? 1. Si. Cuál? _____ Localización _____ Tiempo transcurrido _____ 2. No 3. No Sabe

Servicios de salud y cuidado o tratamiento utilizados durante la enfermedad que llevó a la muerte

121. ¿Fue internado durante la enfermedad que llevó a la muerte? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 122) 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 121.1. ¿Dónde y cuando fue la última internación? 1. Lugar _____ Fecha ___/___/___ 2. No Sabe
- 121.2. ¿Algún profesional de salud informó sobre la enfermedad? 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 121.3. ¿Qué dijo? 1. _____ 2. No Sabe
- 121.4. ¿Cuál fue el tratamiento indicado? 1. _____ 2. No Sabe
122. ¿Fue atendido en otro establecimiento de salud durante la enfermedad que llevó a la muerte (USE, PS, Consultorio)? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 123) 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 122.1. ¿Dónde y cuando recibió atención por última vez? 1. Lugar _____ Fecha ___/___/___ 2. No Sabe
- 122.2. ¿Algún profesional de salud informó sobre la enfermedad? 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 122.3. ¿Qué dijo? 1. _____ 2. No Sabe
- 122.4. ¿Cuál fue el tratamiento indicado? 1. _____ 2. No Sabe
123. ¿Fue operado a causa de la enfermedad? (Si la respuesta es "No" o "No sabe" pase a la pregunta 124) 1. Si 2. No 3. No Sabe
- 123.1. ¿Cuánto tiempo antes de morir fue operado? 1. _____ 2. No Sabe
- 123.2. ¿Qué parte del cuerpo se operó? 1. _____ 2. No Sabe
- 123.3. ¿En qué establecimiento de salud se operó? 1. _____ 2. No Sabe

Si la respuesta al 121, 122 o 123 es afirmativa, contactar con el Centro Asistencial a posteriori, para confirmar diagnóstico.

124. Si no recibió tratamiento en un servicio de salud, ¿Cuál fue el motivo?

1. No creía que necesitaba atención 2. No llegó a tiempo al centro de atención 3. Llegó al lugar pero no le atendieron
 4. No quiso / no aceptó 5. Lo encontró muerto 6. Otro, especificar _____ 7. No Sabe

III PARTE: NOTAS COMPLEMENTARIAS

125. Resultados de los exámenes más importantes relacionados con la enfermedad que llevó a la muerte, si los hubiera

126. Información más importante del resumen de alta del hospital sobre la enfermedad que llevó a la muerte, si lo hubiera

127. ¿Fue vacunado/a? Pida el carnet de vacunación del fallecido/a. (Si la respuesta es "No" o "No Sabe" pase a la pregunta 128)

1. Si 2. No 3. No Sabe

127.1. ¿Qué vacunas recibió?	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis
1. <input type="radio"/> BCG			
2. <input type="radio"/> OPV (Sabín) y PENTAVALENTE			
3. <input type="radio"/> DPT			
4. <input type="radio"/> SRP (Sarampión, Rubéola y Papera)			
5. <input type="radio"/> ROTAVIRUS			
6. <input type="radio"/> ANTI INFLUENZA			
7. <input type="radio"/> AA (Fiebre Amarilla)			
8. <input type="radio"/> Otra (especificar) _____			
9. <input type="radio"/> No sabe			

128. Observaciones del Entrevistador

Sobre las condiciones de vida y de vivienda de la persona fallecida, sobre la calidad de la entrevista (si el entrevistado colaboró o no, si tenía dificultades para expresarse) y sobre cualquier circunstancia de la muerte que considere relevante.

129. Testigos:

1.a. C.I.: <input type="text"/>	2.a. C.I.: <input type="text"/>
1.b. Apellido(s) y Nombre(s): _____	2.b. Apellido(s) y Nombre(s): _____
1.c. Firma: _____	2.c. Firma: _____

130. Entrevistador:

a. Fecha de la Entrevista: ____ / ____ / ____

b. C.I.: c. Apellido(s) y Nombre(s): _____

d. Firma: _____

