

**Anexo 03: Formato de notificación individual de defunciones
por Infección respiratoria aguda y/o neumonía en menores de 5 años.**

I.- Datos generales establecimiento notificante

1. Nombre del Establecimiento _____
2. Establecimiento de salud: Puesto de Salud () Centro de Salud () Hospital ()
3. DIRESA _____ Red _____ Microred _____
4. Fecha de llenado de datos ___/___/___

II.- Identificación de la niña/niño fallecido

- Nombres y apellidos _____
5. Sexo (M) (F)
 6. Fecha de nacimiento ___/___/___
 7. Dirección (donde vive habitualmente): _____
 8. Departamento _____ provincia _____
 9. Distrito _____ La vivienda está ubicada en (1) zona urbana (2) zona rural
 10. Fecha de defunción ___/___/___ Hora de defunción: _____
 11. Lugar de defunción: Departamento _____ provincia _____
 12. Distrito _____
 13. Lugar de ocurrencia de la defunción: () Casa () Puesto de Salud () Centro de Salud
() Hospital o Clínica con permanencia menos de 24 horas () Hospital o Clínica con permanencia mas de 24 horas
() Otro _____

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

14. ¿Quién cuidaba habitualmente a la niña/niño en los últimos 30 días?
(1) Madre (2) Padre (3) Abuela/o (4) Hermana (5) Otro _____
15. Fecha de inicio de enfermedad ___/___/___
16. ¿A dónde lo llevó primero?
(1) Puesto de Salud (2) Centro de Salud (3) Hospital (4) Clínica privada (5) Farmacia/Botica
(6) Curandero (7) Otro _____
17. Fecha de Primera atención ___/___/___
18. Por la gravedad de su niño/niña le indicaron el transferirlo a otro establecimiento? (1) Si (2) No
Acepto la transferencia? (1) Si (2) No
Fecha de la transferencia: / /
19. ¿Qué tipo de aseguramiento tuvo el niño? (1) SIS (2) EsSalud (3) Fuerzas Armadas y Policiales (4)
Privado (5) Otro _____ (6) no tenía seguro
20. Pertenece el niño/niño a algún programa social? (1) Juntos, (2) Vaso de leche (3) Otro _____
21. Vacunas
Pentavalente () 1 dosis () 2 dosis () dosis completas
Neumococo () 1 dosis () 2 dosis () dosis completas
Influenza () 1 dosis () 2 dosis
22. Estado nutricional: Talla: _____ Peso: _____
Eutrófico: () Desnutrido: () (1) agudo (2) crónico.
23. Lactancia materna exclusiva: (1) 6 meses (2) 2 años (3) Otro _____
24. N° Controles CRED: _____

IV.- Atención hospitalaria (Solo si llego a estar internado en el hospital) Si ---- No ----

25. Fecha de ingreso a emergencia: / / Hora:
26. Fecha de ingreso a hospitalización: / / Hora:
27. Diagnósticos de ingreso: _____

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

Causa Básica _____

Causa Intermedia _____

Causa Terminal _____