



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/Clínica con permanencia < 24 horas Hospital/Clínica 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 Policía 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: _____
Cargo: _____ Firma: _____