



**FORMATO DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE DEFUNCIONES POR INFECCIÓN  
RESPIRATORIA AGUDA Y/O NEUMONÍA EN MAYORES DE 60 AÑOS**



**I.- Datos generales establecimiento notificante**

1. Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_  
2. Código RENAES: \_\_\_\_\_ 3. Fecha de llenado de datos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**II.- Identificación de la Persona Adulto (a) Mayor fallecido**

4. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_  
5. Sexo: Masculino  Femenino   
6. Edad: \_\_\_\_\_ Años  
7. N° de historia clínica: \_\_\_\_\_  
8. N° DNI/CE/Pasaporte: \_\_\_\_\_  
9. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
10. Nacionalidad : \_\_\_\_\_  
11. Raza: Asiático descendiente  Mestizo   
Afrodescendiente  Otro, especificar: \_\_\_\_\_  
Etnias: Andino  Indígena amazónico   
Otro, especificar: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
14. Hora de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
15. Lugar de defunción: Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
16. Lugar de ocurrencia de la defunción:  
Casa   
Casa de reposo ( residencia,albergue, asilo,etc)   
Hospital o Clínica con permanencia más de 24 hrs   
Hospital o Clínica con permanencia menos de 24 hrs   
Centro de Salud  Puesto de Salud   
Otro: \_\_\_\_\_

**IV.- Datos sobre atención y acceso a servicios de salud**

17. Fecha de inicio de enfermedad respiratoria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 18. Fecha de primera atención: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
19. Quién cuidaba habitualmente a la Persona Adulta Mayor?  
Espos(a)  Otro familiar  Otro: \_\_\_\_\_  
Hijo(a)  Nadie  Cuidador (Técnica de Enfermería o Lic. Enfermería)   
20. Funcionalidad:\* Independiente  Dependiente Parcial  Dependiente Total   
21. Antecedentes de Comorbilidades:  
Desorden Cerebrovascular  TBC  Enf. Cardíacas  Adelgazado   
Corticoterapia Crónica  Asma  Enf. Hepáticas  Anemia   
Insuficiencia Renal Crónica  Neoplasia  Parkinson  Obesidad   
Diabetes Mellitus  Fibrosis Pulmonar  Demencia   
Bronquiectasia  EPOC  Portador de Sonda Nasogástrica o Gastrostomía   
22. Se atendía regularmente sus comorbilidades: Si  No  (si la respuesta es SI, llene el ítem 23)  
23. Dónde se atendía regularmente:  
Puesto de salud  Hospital  Farmacia / botica  Otro: \_\_\_\_\_  
Centro de salud  Clínica privada  Curandero   
24. A que establecimiento acudio en primer lugar:  
Puesto de salud  Hospital  Farmacia / botica  Otro: \_\_\_\_\_  
Centro de salud  Clínica privada  Curandero   
25. Por la gravedad le indicaron la transferencia a otro establecim Si  No   
Aceptó la transferencia: Si  No  Fecha de la transferencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
26. Tipo de aseguramiento:  
SIS  Fuerzas Armadas y Policiales  No tenía seguro   
EsSalud  Privado  Otro: \_\_\_\_\_  
27. Pertenecía a algún programa social: Pensión 65  Vaso de leche  Otro: \_\_\_\_\_  
28. Vacunas  
Influenza:  Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ COVID-19:  Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Neumococo:  Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**V.- Atención hospitalaria (Solo si llego a estar internado en el hospital):**

29. Fecha de ingreso a emergencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ 31. Diagnósticos de ingreso: \_\_\_\_\_  
30. Fecha de ingreso a hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

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

32. Causa terminal: \_\_\_\_\_  
33. Causa intermedia: \_\_\_\_\_  
34. Causa básica: \_\_\_\_\_

**VII. Investigador**

35. Persona que llena la ficha: \_\_\_\_\_  
36. Firma y sello: \_\_\_\_\_

(\*) **Funcionalidad.**- Es la capacidad de la PAM de mantener su estado físico y mental que le permitan desarrollar independientemente las actividades básicas para su vida diaria.  
**Independiente.** - es el adulto mayor con capacidad alta y estable para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, alimentarse, contener esfínteres. deambulación. v actividades fuera del domicilio)  
**Dependiente Parcial.** - es el adulto mayor con deterioro de la capacidad funcional, limitación para alguna de las actividades básicas de la vida diaria  
**Dependiente Total.** - es el adulto mayor con pérdida considerable de su capacidad funcional que necesita ayuda total para realizar las actividades básicas de la vida diaria.