

	PERÚ	Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	ANEXO 1			
<b>FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA</b>							
<b>I. DATOS NOTIFICACIÓN</b>							
FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____			HORA DE LA NOTIFICACIÓN (24 horas) : Horas _____/Minutos _____				
DIRIS/DIRESA/GERESA QUE NOTIFICA:			RED DE SALUD:				
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE:							
IDENTIFICADO POR: Vigilancia Activa : Búsqueda Comunitaria <input type="checkbox"/> Búsqueda Institucional <input type="checkbox"/> Vigilancia Pasiva <input type="checkbox"/>							
INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA: MINSA/Gobierno Regional <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Sanidad de FFAA/PNP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otra Institución <input type="checkbox"/> Especificar _____							
<b>II. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA</b>							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)			
EDAD <input type="text"/> Años	N° DNI			N° DE HISTORIA CLÍNICA			
DOMICILIO :							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tipo de vía (Jr. Calle, pasaje)	Nombre de la vía	Nº de puerta	Tipo de Agrupamiento (Urb. AA.HH, caserío)	Nombre del Agrupamiento	Manzana	Lote	Referencia
DEPARTAMENTO (Procedencia):			PROVINCIA:		DISTRITO:		
<b>III. DATOS DEL FALLECIMIENTO</b>							
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo <input type="checkbox"/> Embarazo que termina en aborto* <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> ≥43 días - < 1 año (tardía) <input type="checkbox"/> ≥1 año (secuelas) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>							
EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo) <input type="text"/> Semanas						Desconocido <input type="checkbox"/>	
FECHA DE FALLECIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____				HORA: Horas _____ Minutos _____			
LUGAR DEL FALLECIMIENTO: EESS MINSA/ Gobierno Regional <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/> Traslado referencia institucional <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>							
NOMBRE DEL EESS U OTRO LUGAR DE FALLECIMIENTO							
DEPARTAMENTO (Fallecimiento):			PROVINCIA:			DISTRITO:	
<b>REFERENCIA</b>							
REFERIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:						
DEPARTAMENTO (Origen de la referencia)			PROVINCIA:			DISTRITO:	
<b>CAUSAS PROBABLES DE DEFUNCIÓN</b>				<b>CIE-10</b>		<b>CAUSA GENÉRICA</b>	
CAUSA FINAL:						<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Trastorno hipertensivo <input type="checkbox"/> Infección/Sepsis <input type="checkbox"/> Otra causa	
CAUSA INTERMEDIA:							
CAUSA BÁSICA:							
CLASIFICACIÓN PRELIMINAR DE LA MUERTE MATERNA:							
DIRECTA <input type="checkbox"/> INDIRECTA <input type="checkbox"/> TARDIA DIRECTA <input type="checkbox"/> TARDIA INDIRECTA <input type="checkbox"/> INCIDENTAL <input type="checkbox"/> POR SECUELAS <input type="checkbox"/>							
NOMBRES Y APELLIDOS DEL NOTIFICANTE			PROFESIÓN		CARGO		FIRMA

\*Incluye embarazo que termina en aborto, embarazo molar, ectópico.

CAUSA FINAL: Responsable directa de la muerte y la que justifica el desenlace fatal.

CAUSA INTERMEDIA: La complicación principal que lleva a la causa final de la muerte.

CAUSA BÁSICA: La enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos que llevó a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal.



PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Centro Nacional de  
Epidemiología, Prevención y  
Control de Enfermedades

**ANEXO 2**  
**FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE**  
**MUERTE MATERNA**

**I. DATOS DE LA FALLECIDA**

APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:	NOMBRE (S):
NACIONALIDAD: Peruana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____ N° DNI/CARNET DE EXT. _____ N° HC: _____		
EDAD: _____ Años	GRUPO ÉTNICO: Especificar: _____	PUEBLO INDIGENA*: Especificar: _____
HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA**: Si <input type="checkbox"/> Especificar _____ No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Sí, ¿hablaba castellano? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
NIVEL EDUCATIVO : Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria <input type="checkbox"/> Superior técnica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
ESTADO CIVIL: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
OCCUPACIÓN:	TIPO DE SEGURO: SIS <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____	No tiene seguro <input type="checkbox"/>

**DOMICILIO HABITUAL:**

Tipo de vía (Jr./Calle/avenida)	Nombre de la vía	Nº puerta	Tipo de agrupamiento (Urb./AA.HH/barrio/comunidad)	Nombre agrupamiento	Manzana	Lote	Referencia
------------------------------------	------------------	--------------	---	---------------------	---------	------	------------

DEPARTAMENTO: (Procedencia) PROVINCIA: DISTRITO:

**II. DATOS DE FALLECIMIENTO**

FECHA DE FALLECIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____	HORA DEL FALLECIMIENTO: Horas _____ Minutos _____		
DEPARTAMENTO: (fallecimiento)	PROVINCIA:	DISTRITO:	
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo*** <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> ≥ 43 días - < 1 año (tardía) <input type="checkbox"/> ≥ 1 año (Por secuelas) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
FASE DEL PUERPERIO EN QUE FALLECIÓ: Puerperio Inmediato <input type="checkbox"/> Puerperio mediato <input type="checkbox"/> Puerperio tardío <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo) _____ Semanas Desconocido <input type="checkbox"/>			
LUGAR DE FALLECIMIENTO: EESS MINSA/Gobierno Regional <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/> Traslado referencia institucional <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____			
NOMBRE DEL EESS DE FALLECIMIENTO (solo para muerte institucional) _____			
CATEGORÍA DEL EESS: I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-E <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
FECHA DE INGRESO AL EESS: Día _____ Mes _____ Año _____ HORA DE INGRESO: Horas _____ Minutos _____			
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Médico G-O <input type="checkbox"/> Médico intensivista <input type="checkbox"/> Médico residente <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>			

**III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS**

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS			
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> ITS/VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Tabaquismo
<input type="checkbox"/> Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> Neoplasias	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Desnutrición crónica <input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Violencia de género	

**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS** (Embarazos y partos/abortos anteriores, no incluir embarazo actual)

Nº Embarazos previos <input type="checkbox"/>	Nº Total Partos <input type="checkbox"/>	Nº Cesárea <input type="checkbox"/>	Nº Abortos <input type="checkbox"/>	Nº Nac. vivos <input type="checkbox"/>	Nº Nac. muertos <input type="checkbox"/>
Nº de hijos que viven <input type="checkbox"/>	Período Intergenésico: _____ años _____ meses				
Complicaciones en embarazos anteriores : Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: (Previo al embarazo actual)					
No uso <input type="checkbox"/> Hormonal <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Abstinencia Periódica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					

<b>IV. ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O PUEPERIO</b>					
<b>ATENCIÓN PRENATAL (APN)</b>					
<b>ATENCIÓN PRENATAL:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Primera Atención</b> I Trimestre <input type="checkbox"/> II Trimestre <input type="checkbox"/> III Trimestre <input type="checkbox"/> <b>Número de APN</b> <input type="text"/>					
<b>NOMBRE DEL EESS DONDE TUVO MAYOR CANTIDAD DE ATENCIÓNES PRENATALES:</b> _____					
<b>CATEGORÍA DEL EESS :</b> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-E <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
<b>SE REALIZARON VISITAS DOMICILIARIAS</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Número de visitas</b> <input type="text"/> <b>SE REALIZÓ PLAN DE PARTO COMPLETO:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
<b>RESPONSABLE DE LA APN:</b> Médico G-O <input type="checkbox"/> Médico residente <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____ Desconocido <input type="checkbox"/>					
<b>COMPLICACIONES</b>					
<b>TUVO COMPLICACIONES:</b> SI <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
<b>EMBARAZO:</b> Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> RPM más de 12 horas <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Infección tracto urinario <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Óbito fetal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____					
<b>PARTO:</b> Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado <input type="checkbox"/> Parto obstruido <input type="checkbox"/> Parto distóxico <input type="checkbox"/> Trabajo de parto precipitado <input type="checkbox"/> Alumbramiento incompleto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____					
<b>PUERPERIO:</b> Hemorragia <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Endometritis <input type="checkbox"/> Retención de restos placentarios <input type="checkbox"/> Depresión posparto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____					
<b>REFERENCIA</b>					
<b>Referida:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			<b>Nº de referencias institucionales:</b> <input type="text"/>		
<b>CONSIGNAR DATOS RELACIONADOS AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:</b>					
<b>FECHA DE INGRESO AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:</b> Día _____ Mes _____ Año _____ <b>HORA DE INGRESO:</b> Horas _____ Minutos _____					
<b>FECHA DE EGRESO DEL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:</b> Día _____ Mes _____ Año _____ <b>HORA DE EGRESO:</b> Horas _____ Minutos _____					
<b>RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN:</b> Médico G.O <input type="checkbox"/> Médico Intensivista <input type="checkbox"/> Médico residente <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> _____ Desconocido <input type="checkbox"/>					
<b>NOMBRE DEL EESS:</b> _____					
<b>DEPARTAMENTO:</b> _____ <b>PROVINCIA:</b> _____ <b>DISTRITO:</b> _____					
<b>CONSIGNAR DATOS RELACIONADOS AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA:</b>					
<b>FECHA DE INGRESO AL EESS:</b> Día _____ Mes _____ Año _____ <b>HORA DE INGRESO:</b> Horas _____ Minutos _____					
<b>INSTITUCIÓN:</b> EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/>					
<b>NOMBRE DEL EESS :</b> _____					
<b>TIEMPO DE DEMORA EN LLEGAR AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA:</b> _____ Días _____ Horas _____					
<b>ATENCIÓNES - HOSPITALIZACIONES</b> (embarazo, parto o puerperio actual)					
<b>HOSPITALIZACIONES:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>CUÁNTAS</b> <input type="text"/>			<b>EMBARAZO MÚLTIPLE:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Nº de fetos</b> <input type="text"/>		
<b>REQUIRIÓ TRANSFUSIÓN:</b> SANGRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>EXPANSORES PLASMÁTICOS:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
<b>FECHA DE PARTO O ABORTO:</b> Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>					
<b>LUGAR DE PARTO O ABORTO :</b> Domicilio <input type="checkbox"/> En EESS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____ No aplica <input type="checkbox"/>					
<b>TIPO DE PARTO:</b> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Instrumentado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>					
<b>MANEJO ACTIVO PARTO TERCER PERÍODO (extracción placenta):</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
<b>RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PARTO/ABORTO:</b> Médico G.O <input type="checkbox"/> Médico Intensivista <input type="checkbox"/> Médico residente <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar _____ Desconocido <input type="checkbox"/>					

NTS N°227-MINSA/CDC-2025  
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

<b>V. DEMORAS</b> (Llenar en todos los casos, revisado por el CPMMFyN)			
<b>1ra DEMORA</b>	En la Identificación del problema		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>2da DEMORA</b>	En la decisión de buscar ayuda		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>3ra DEMORA</b>	En acceder a los servicios de salud		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>4ta DEMORA</b>	En recibir tratamiento adecuado y oportuno		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>VI. CAUSAS DE DEFUNCIÓN</b> (Llenar en todo los casos, revisado por el CPMMyN)		<b>CIE-10</b>	<b>CAUSA GENÉRICA</b>
CAUSA FINAL:		<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Trastorno Hipertensivo <input type="checkbox"/> Infección obstétrica <input type="checkbox"/> Otras directas <input type="checkbox"/> Indirectas <input type="checkbox"/> Incidentales <input type="checkbox"/> Otra causa: _____	
CAUSA INTERMEDIA:			
CAUSA BÁSICA:			
CAUSA ASOCIADA:			
NECROPSIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO - CAUSA CIE-10 _____			
<b>VII. CLASIFICACIÓN FINAL DE LA MUERTE:</b>			
DIRECTA <input type="checkbox"/> INDIRECTA <input type="checkbox"/> INCIDENTAL <input type="checkbox"/> TARDÍA DIRECTA <input type="checkbox"/> TARDÍA INDIRECTA <input type="checkbox"/> POR SECUELA <input type="checkbox"/>			
<b>VIII. ANÁLISIS DEL COMITÉ DE PREVENCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA, FETAL Y NEONATAL</b>			
MM ANALIZADA EN CPMMFyN: Hospitalario/Instituto <input type="checkbox"/> MICRORED/RED <input type="checkbox"/> Regional/Diris <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> No analizada <input type="checkbox"/>			
ACTA DE COMITÉ: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE ANÁLISIS DE LA MUERTE: Día _____ Mes _____ Año _____			
OBSERVACIONES: Anote información adicional relevante: _____ _____ _____			
<b>NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN INVESTIGA:</b>		<b>CARGO:</b>	<b>FIRMA Y SELLO:</b>
<b>PROFESIÓN:</b> Médico especialista <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			

\*De la lista de pueblos indígenas u originarios

\*\*Lista de lenguas indígenas u originarias

\*\*\*Incluye embarazo que termina en aborto, embarazo molar, ectópico.

**1ra DEMORA: EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:** La gestante, la familia o la comunidad no reconoció los signos de alarma.

**2da DEMORA: EN LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA:** Demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención en salud.

**3era DEMORA: EN ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD:** Dificultad con la accesibilidad física a los establecimientos, la distancia y facilidades de viaje, y la disponibilidad de medios de transporte. **4ta DEMORA: EN RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO:** Capacidad de brindar tratamiento oportuno y adecuado, capacidad técnica del personal, el equipamiento y la disponibilidad de insumos y medicamentos.

NTS N° 227 - MINSA/CDC - 2025  
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

PERÚ	Ministerio de Salud	Viceministerio de Salud Pública	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	ANEXO N° 4									
<b>FICHA DE AUTOPSIA VERBAL DE MUERTE MATERNA</b>													
<b>I. DATOS DE LA FALLECIDA</b>													
APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRE (S):									
NACIONALIDAD: Peruana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____		Nº DNI/CARNET DE EXT.: _____		EDAD: (años) _____									
OCUPACIÓN: _____ GRUPO ÉTNICO: Especif: _____ PUEBLO INDÍGENA*: Especif: _____													
HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA**: Si <input type="checkbox"/> Especificar _____ No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Sí, ¿hablaba castellano? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>													
DOMICILIO HABITUAL (de la fallecida): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Tipo de vía (Jr./Calle/Avenida)</td> <td style="width: 25%;">Nombre de la vía</td> <td style="width: 15%;">Nº puerta</td> <td style="width: 25%;">Tipo de agrupamiento (Urb./AAHH/Barrio/Comunidad)</td> <td style="width: 15%;">Nombre de agrupamiento</td> <td style="width: 5%;">Manzana</td> <td style="width: 5%;">Lote</td> <td style="width: 5%;">Referencia</td> </tr> </table>						Tipo de vía (Jr./Calle/Avenida)	Nombre de la vía	Nº puerta	Tipo de agrupamiento (Urb./AAHH/Barrio/Comunidad)	Nombre de agrupamiento	Manzana	Lote	Referencia
Tipo de vía (Jr./Calle/Avenida)	Nombre de la vía	Nº puerta	Tipo de agrupamiento (Urb./AAHH/Barrio/Comunidad)	Nombre de agrupamiento	Manzana	Lote	Referencia						
DEPARTAMENTO: (Procedencia de la fallecida)		PROVINCIA:		DISTRITO:									
<b>II. DATOS DE FALLECIMIENTO</b>													
FECHA DE FALLECIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____			HORA DEL FALLECIMIENTO: Horas _____ Minutos _____										
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: ¿La mujer murió en estado de gestación?: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántos meses de embarazo tenía la fallecida?: _____ No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> ¿La mujer murió durante el parto o en trabajo de parto (Dilatación, expulsivo, alumbramiento) ?: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿La mujer murió después del parto? (después de la salida de la placenta): SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>													
DEPARTAMENTO: (Donde ocurrió la muerte)		PROVINCIA:		DISTRITO:									
<b>III. ANTECEDENTES</b>													
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS - SOCIALES (Describir si la fallecida tenía enfermedades, problemas sociales, problemas familiares - escribir tal cual lo refiera el entrevistado)													
Liste las Enfermedades/problemas		Desde cuando la tenía		Tratamiento recibido									
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (Embarazos y partos/abortos anteriores, no incluir embarazo actual)													
Nº Embarazos previos <input type="checkbox"/>		Nº Partos vaginales <input type="checkbox"/> Nº partos por cesárea <input type="checkbox"/>		Nº Abortos (Hasta las 21 semanas) <input type="checkbox"/> Provocados: <input type="checkbox"/> Espontáneos: <input type="checkbox"/>									
Nº Nacidos vivos <input type="checkbox"/> Nº Nacidos muertos <input type="checkbox"/>		Nº de hijos que viven <input type="checkbox"/>											
Fecha del parto/aborto anterior: Día _____ Mes _____ Año _____													
<b>IV. ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL</b>													
Atención prenatal (APN): SI <input type="checkbox"/> ¿Cuántas APN tuvo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
Llenar en sólo para mujeres que hubieran tenido PARTO o ABORTO													
Fecha de parto o aborto: Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida <input type="checkbox"/>													
Lugar de parto o aborto: Domicilio <input type="checkbox"/> En establecimiento de salud <input type="checkbox"/> Otro Especificar: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>													
Tipo de parto: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>													
Responsable de la atención parto o aborto: Médico Gineco Obstetra <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>													
¿Se realizaron maniobras durante el embarazo, parto, o para retirar la placenta? Indicar cuáles: _____ _____													
La fallecida ingirió algún preparado/medicamento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Explique cual: _____													
Fue indicado/recetado por: Personal de salud <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Explique: _____													
¿Dónde y cómo lo adquirió? Explique: _____ _____													

\*De la lista de pueblos indígenas u originarios. \*\*Lista de lenguas indígenas u originarias.

#### V. DEMORAS

¿Identificaron signos de peligro?: SI  NO  Explique: \_\_\_\_\_

Inicio de síntomas o signos de peligro: Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora: Hrs \_\_\_\_\_ Min \_\_\_\_\_

¿Quién identificó los signos peligro?: Ella misma  Pareja  Familiar  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

¿Buscaron ayuda?: SI  NO  Explique (A quienes buscaron para pedir ayuda, registrar en orden): \_\_\_\_\_

¿Quién tomó la decisión de buscar ayuda?: Ella misma  Pareja  Familiar  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo demoró en buscar ayuda o atención desde el inicio de sus molestias?: \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos

¿Se tuvo dificultad con el acceso a servicios de salud?: SI  NO  Explique (inaccesibilidad geográfica, distancia, transporte, creencias /costumbres, otro): \_\_\_\_\_

¿Tiempo que demoró desde el inicio de sus molestias hasta llegar al EESS?: \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos

#### Solo para las que llegaron a EESS

¿Tuvo dificultades para ser atendida en el EESS?: SI  NO  Explique (económicas, idioma, trámites, demora en atención, mala atención, otro): \_\_\_\_\_

Tiempo que demoró desde que llegó al EESS hasta que fue atendida: \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos

¿Cuál es el establecimiento de salud más cercano?: Puesto de Salud  Centro de Salud  Hospital

¿Cuánto tiempo demora en llegar del domicilio al hospital más cercano?: Hrs: \_\_\_\_\_ Min: \_\_\_\_\_ Vía usual: \_\_\_\_\_ (carretera, a pie, bote)

¿Cuánto tiempo demora en llegar del domicilio al centro/puesto de salud más cercano?: Hrs: \_\_\_\_\_ Min: \_\_\_\_\_ Vía usual: \_\_\_\_\_ (carretera, a pie, bote)

#### VI. PROBABLES CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Escribir tal cual lo refiera el entrevistado)

##### SIGNOS y SÍNTOMAS

¿Qué síntomas o molestias tenía la fallecida y desde cuándo? (Sangrado, palidez, pérdida de líquido, flujo mal oliente, dolor, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos, convulsiones, hinchazón de cara, dolor en el estómago, debilidad, ansiedad, cefalea, parto obstruido/niño no podía nacer, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recuerde las últimas 72 horas (3 días) de vida de la fallecida: ¿Qué sucedió? ¿Realizó algún viaje recientemente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que brindó información: \_\_\_\_\_ Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

Relación con la fallecida: Madre  Padre  Pareja  Partera  Vecino  Familiar  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: Anote otra información relevante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS QUE REALIZA LA AUTOPSIA VERBAL:

FECHA Y HORA:

PROFESIÓN Y CARGO:

FIRMA Y SELLO: