

DIRECCION DE AREA DE SALUD DE HUEHUETENANGO
Investigación de causalidad de Mortalidad Infantil
Encuesta Verbal

FORMA A

Este documento deberá ser llenado en caso de defunción de neonatos y niños menores de 1 año, por cualquier trabajador de salud, con la finalidad de conocer las causas relacionadas a la mortalidad infantil. Favor de enviar este informe al departamento de Epidemiología de la DASH para su investigación, análisis y vigilancia.

DATOS GENERALES:

Certificado de Defunción No. _____

Municipio _____

Nombres _____

Apellidos _____

Sexo ☐ M ☐ F Fecha de Nacimiento: _____

Residencia habitual _____

Padre _____ Edad _____

Madre _____ Edad _____

Grupo familiar formado _____ personas

Fecha de Defunción _____ Edad: Meses _____ Días _____

Lugar donde ocurrió la defunción: Domicilio _____ Hospital _____ Vía Pública _____

ANTECEDENTES

Médicos _____

Anomalías Congénitas Si ____ No ____ Especifique _____

Quirúrgicos _____

Lesiones y/o Traumatismos Si ____ No ____ Especifique _____

ANTECEDENTES PERINATALES Y OBSTETRICOS

Paridad: Primigesta _____ Multípara _____

La madre del niño (a) tuvo control prenatal
(Al menos un control con medico, EP, AE, o EBS.) ☐ Si ☐ No

Parto prolongado (más de 12 horas de trabajo de parto activo) ☐ Si ☐ No

Ruptura prematura de membranas (salida de líquidos) ☐ Si ☐ No

Lugar de Nacimiento: Hogar _____ Hospital _____

Atendido por: Comadrona adiestrada tradicional _____ comadrona empírica _____

Medico _____ Auxiliar de enfermería _____ Enfermera Profesional _____

Tipo de parto: Eutócico simple _____ Distócico simple (cesárea) _____

Peso al Nacer _____ Libras. Se uso pesa ☐ Si ☐ No

Fecha del último peso realizado _____ ¿Cuánto peso? _____
 Esquema vacunal: BCG ☐ Si ☐ No fecha _____ polio –penta: dosis ☐ ☐ ☐
 SPR ☐ Si ☐ No fecha _____

REGIMEN ALIMENTICIO

Lactancia Materna Exclusiva _____ meses
 Porque la suspendió _____
 Lactancia mixta Especifique _____

Datos Clínicos

Fecha de inicio de Síntomas _____
 (Signos Generales de Peligro)

¿No puede mamar o tomar líquido? ☐ Si ☐ No
 ¿Vomita todo? ☐ Si ☐ No
 ¿Ataques o convulsiones? ☐ Si ☐ No
 ¿Desmayo (letárgica o inconsciencia)? ☐ Si ☐ No

NIÑOS MENORES DE 2 MESES

¿Tuvo fatiga? ☐ Si ☐ No
 ¿Repentinamente dejó de succionar (mamar)? ☐ Si ☐ No
 ¿Presento fiebre? _____ Días ☐ Si ☐ No
 ¿Presento abombamiento de fontanela? _____ Cuantos días ☐ Si ☐ No
 ¿Tuvo supuración de oído? ☐ Si ☐ No
 ¿Tuvo supuración extensa de ombligo? _____ Cuanto tiempo ☐ Si ☐ No
 ¿Hubo presencia de pústulas en todo el cuerpo? ☐ Si ☐ No

NIÑO MAYOR DE DOS MESES A 1 AÑO

¿Presento tos o dificultad para respirar? ☐ Si ☐ No
 ¿Presento diarrea? _____ Cuantos días ☐ Si ☐ No
 _____ Cuantos días _____

¿Diarrea Sanguinolenta?

Si

No

¿La diarrea provoco D.H.E?

Si

No

¿Presento fiebre?

Si

No

Cuantos días _____

¿Presento rigidez de nuca?

Si

No

¿Presento sangrado de encías?

Si

No

¿Presento petequias o equimosis?

Si

No

FORMA B

Recibió asistencia el niño (a) durante su enfermedad?

Si

No

Periodo entre el inicio de los síntomas y atención recibida horas días

Quien brindo asistencia:

Médico particular _____ Medico de Servicio de Salud _____ Medico P.S.S _____
Profesional de Enfermería _____ Auxiliar de Enfermería _____ Facilitador Institucional _____
Facilitador Comunitario _____ Personal Voluntario _____ Otros, especifique _____

Lugar donde le brindaron la atención:

Consultorio _____ Hogar _____ Servicios de Salud Oficiales _____ Centro de
Convergencia _____ Otros _____

Le indicaron la enfermedad que tenía su hijo.

Si

No

Le indicaron que su hijo (a) debía se referido a otro centro de mayor complejidad

Si

No

Que orientación le dieron _____

¿Le recetaron medicamentos?

Si

No

¿Compro los medicamentos?

Si

No

¿Le entregaron medicamentos en los servicios de Salud _____ Centros Comunitarios _____

¿Le enseñaron a preparar y administrar los medicamentos?

Si

No

¿Completo el tratamiento iniciado?

Si

No

Indique otras conductas adoptadas _____

¿La decisión de consultar fue: madre_____ Padre_____ Familia_____ Comisión Salud_____ otro_____

¿Sabe usted a que persona acudir en su comunidad cuando un familiar se enferma?

☐ Si

☐ No

Especifique: CAT_____ Promotor_____ Curandero_____

¿Sabe usted a dónde acudir en su comunidad cuando un familiar se enferma. Especifique: Centro Comunitario _____ Puesto de Salud _____ Centro de Salud_____ Hospital_____ Otros_____

¿Sabe de reuniones en la comunidad en donde se decide la conducta a seguir cuando hay Enfermos?

☐ Si

☐ No

Explique:_____

Diagnostico inicial (en base a certificado de defunción)_____

Diagnostico en base a investigación_____

Nombre cargo y firma del investigador_____