



INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL

VERSION PUBLICA

Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley Para la Protección de Datos Personales define como datos personales sensibles, entre ello, los datos de las personas naturales (Arts. 4, 32 y 34) y confidenciales según la Ley de Acceso a la Información Pública (Art. 24). Por lo anterior, se publica versión pública del documento, conforme al artículo 30 LAIP y Art. 12 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa.

Gerencia Administrativa

Departamento de Desarrollo Institucional
Sección Normalización



Código
NTAS-007

Versión
1.0

Aprobación
Marzo 2025

Gerencia de Salud

Norma Técnica y Administrativa en Salud

**Manejo de Cadáveres y Piezas
Anatómicas en los Centros de
Atención del ISSS**

NTAS

AUTORIZADO


F. 
Dr. Edwin Roberto
Salmerón Hernández
Gerente de Salud

REVISADO


F. 
Licda. Claudia Campos
Gerente Administrativa

APROBADO


F. 
Dra. Mónica G. Ayala
Guerrero
Directora General del ISSS


F. 
Dra. Silvia Mendoza
Jefatura Sección
Normalización

GOBIERNO DE



EL SALVADOR

Contenido

Portada

I. Propósito

II. Marco legal y documentos de referencia

III. Alcance

IV. Vigencia

V. Definiciones

VI. Desarrollo

A. Disposiciones generales

B. Disposiciones específicas

B.1. Referente al lugar de fallecimiento

B.1.1. Defunción extrahospitalaria

i. Defunción extrahospitalaria natural

ii. Defunción extrahospitalaria por causa externa, violencia o súbita.

B.1.2. Defunción Hospitalaria

B.2. Referente al abordaje de muerte fetal y neonatal

B.2.1. Muerte fetal

i. Nacidos muertos mayor de 500 gramos

ii. Nacidos muertos menor de 500 gramos

B.2.2 Muerte neonatal

i. Recién nacido fallece en los primeros minutos de vida

ii. Recién nacido ingresado que evoluciona hacia la muerte

B.3. Referente a la inhumación de piezas anatómicas

B.4. Referente a casos especiales

VII. Responsabilidades en el proceso

VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso

IX. Anexos

X. Registro de actualización del documento

XI. Registro de Adendas

I. Propósito

Establecer el marco regulatorio que debe cumplir el personal de salud de los diferentes centros de atención en el ámbito de sus competencias para el manejo, traslado y entrega de cadáver y piezas anatómicas.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Código de Salud, Sección diecisiete. Disposiciones Manejo de Cadáveres y Restos Humanos.
- Código Procesal Penal.
- Ley de Procedimientos Administrativos (LPA)
- Ley de Registro del Estado Familiar 2024.
- Norma Técnica para Establecimientos que Manipulan Cadáveres Capítulo I Morgue Hospitalaria MINSAL.
- Norma para el Registro de Hechos Vitales.
- Norma para el Expediente Clínico del ISSS 3ra. Edición, marzo 2021.

III. Alcance

Determinar las acciones en todos los centros de atención del ISSS en el manejo de cadáveres, tanto en la defunción extrahospitalaria como hospitalaria y manejo de piezas anatómicas.

IV. Vigencia

El presente documento tiene un período de vigencia de 5 años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo la versión anterior de los documentos "Norma para el Manejo de Cadáveres y Piezas Anatómicas en el ISSS (febrero 2008) y su adenda, así como, el Manual de Proceso Manejar y Entregar Cadáveres y Piezas Anatómicas (abril 2022).

V. Definiciones

- **Defunción hospitalaria:** paciente que a pesar de las intervenciones realizadas por personal de salud fallece dentro de las instalaciones hospitalarias, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada del paciente y su fallecimiento, esto incluye a unidades médicas que cuenten con áreas de emergencia o con servicio de observación y aquellas muertes que ocurren en la ambulancia durante su traslado de un hospital a otro del Sistema Nacional Integrado de Salud, ya sea por interconsulta o referencia.
- **Defunción extrahospitalaria:** es la que ocurre en un establecimiento de salud de atención ambulatoria o durante su traslado hacia un hospital, en cualquier medio de transporte, en casa de habitación o comunidad; es decir, la muerte que ocurre fuera de un hospital o en una unidad médica que cuente con áreas de emergencia o con servicio de observación. Estas se clasifican según la causa en:
 - a) Defunción extrahospitalaria natural
 - b) Defunción extrahospitalaria por causa externa, violencia o súbita
- **Muerte fetal:** muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, y con una gestación mayor o igual a 22 semanas. Pueden ser con peso al momento del nacimiento mayor o menor de 500 gramos.
- **Muerte neonatal:** es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida.
- **Taponar:** cerrar un orificio natural, evitando que los líquidos corporales salgan de los cadáveres.
- **Muerte natural:** cuando la causa básica de muerte está relacionada a una enfermedad o proceso degenerativo propio del envejecimiento, donde no hay participación de fuerzas ajenas al organismo y que el médico pueda sustentar sin ninguna duda dicha causa.
- **Muerte súbita o sospechosa:** se refiere a cuando se sospecha homicidio, suicidio o cualquier forma de maltrato, accidente de tránsito, laboral o doméstico, muerte súbita o acto criminal o con aparente causa natural pero que algún familiar de los que llevaron al fallecido manifieste sospecha de muerte violenta.
- **Filiar al cadáver:** proceso de identificar y registrar un cadáver, estableciendo su identidad y, en algunos casos, la causa de la muerte. Esto puede incluir la recolección de datos como huellas dactilares, características físicas y otros elementos que ayuden a determinar quién era la persona fallecida.

V. Definiciones

- **Defunción hospitalaria:** paciente que a pesar de las intervenciones realizadas por personal de salud fallece dentro de las instalaciones hospitalarias, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada del paciente y su fallecimiento, esto incluye a unidades médicas que cuenten con áreas de emergencia o con servicio de observación y aquellas muertes que ocurren en la ambulancia durante su traslado de un hospital a otro del Sistema Nacional Integrado de Salud, ya sea por interconsulta o referencia.
- **Defunción extrahospitalaria:** es la que ocurre en un establecimiento de salud de atención ambulatoria o durante su traslado hacia un hospital, en cualquier medio de transporte, en casa de habitación o comunidad; es decir, la muerte que ocurre fuera de un hospital o de una unidad médica que cuente con áreas de emergencia o con servicio de observación. Estas se clasifican según la causa en:
 - a) Defunción extrahospitalaria natural
 - b) Defunción extrahospitalaria por causa externa, violencia o súbita
- **Muerte fetal:** muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, y con una gestación mayor o igual a 22 semanas. Pueden ser con peso al momento del nacimiento mayor o menor de 500 gramos.
- **Muerte neonatal:** es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida.
- **Taponar:** cerrar un orificio natural, evitando que los líquidos corporales salgan de los cadáveres.
- **Muerte natural:** cuando la causa básica de muerte está relacionada a una enfermedad o proceso degenerativo propio del envejecimiento, donde no hay participación de fuerzas ajenas al organismo y que el médico pueda sustentar sin ninguna duda dicha causa.
- **Muerte súbita o sospechosa:** se refiere a cuando se sospecha homicidio, suicidio o cualquier forma de maltrato, accidente de tránsito, laboral o doméstico, muerte súbita o acto criminal o con aparente causa natural pero que algún familiar de los que llevaron al fallecido manifieste sospecha de muerte violenta.
- **Filiar al cadáver:** proceso de identificar y registrar un cadáver, estableciendo su identidad y, en algunos casos, la causa de la muerte. Esto puede incluir la recolección de datos como huellas dactilares, características físicas y otros elementos que ayuden a determinar quién era la persona fallecida.

VI. Desarrollo

A. Disposiciones generales

1. Los directores y administradores de los centros de atención del ISSS, realizan las gestiones necesarias para la adecuada implementación, funcionamiento y cumplimiento de la presente normativa.
2. En los casos de muerte hospitalaria y extrahospitalaria los directores y administradores de los centros de atención del ISSS, que no cuentan con área de morgue, deben establecer el área de resguardo transitorio de cadáveres.
3. El personal de salud que en el ámbito de sus competencias participe en la manipulación de cadáveres y piezas anatómicas, debe cumplir estrictamente lo establecido en la presente normativa, así como otros documentos regulatorios institucionales y nacionales, que contribuyen a normar estos procedimientos.
4. El director del centro de atención debe verificar que se cuente con un libro de registro de muertes extrahospitalaria, el cual es resguardado por el personal de enfermería designado para tal fin.
5. La documentación que se anexa al momento de trasladar el cadáver al área de morgue o de resguardo temporal de cadáveres es la siguiente:
 - a) Formulario "Certificado de Defunción" (C. SAFISSS 130100377), en caso de muerte hospitalaria, o el formulario "Constancia de Defunción por Causa Natural" (C. Form. 514201-019-09-21) en el caso de muerte en centro ambulatorio.
 - b) Formulario "Remisión de Cadáver" (C. SAFISSS 130100387).
6. La administración del centro de atención, que cuente con sala de operaciones u otras instalaciones, y que como producto de su funcionamiento generan piezas anatómicas en cualquiera de sus formas, deben realizar la gestión de trámite con la Alcaldía Municipal de su distrito para el enterramiento de las piezas.
7. Todo personal de salud que brinda una atención directa al familiar del paciente debe identificarse por su nombre y dirigirse de forma cortés y amable.
8. Los formularios con código SAFISSS contenidos en este documento, se les agrega el nuevo código SAFISSS del SAP-S/4 HANA, según se definen en el apartado IX de este documento; es decir que los formularios actuales impresos con código SAFISSS anterior se deberán seguir utilizando hasta agotar existencias o hasta que los mismos sean actualizados con el nuevo código.

B. Disposiciones específicas

B.1. Referente al lugar de fallecimiento

9. Para efectos de la presente norma, la defunción se clasifica en:

- a) Defunción extrahospitalaria
- b) Defunción hospitalaria

B.1.1. Defunción extrahospitalaria

10. En el caso de una defunción extrahospitalaria se debe proceder de la siguiente manera:

- a) El personal designado en la portería debe indicar a los familiares responsables, cuerpos de socorro o servicios de asistencia médica, que se dirija con el médico de selección o designado¹.
- b) El médico de selección o designado por el director o coordinador de turno según el caso, ante la sospecha de muerte, debe realizar una evaluación de la condición del paciente (toma de signos vitales) en el vehículo (o medio de transporte) y si determina que se encuentra fallecido se procederá a la investigación para determinar el abordaje según causa de muerte.

11. El médico de selección o el médico designado por el director o por el coordinador de turno, realiza la investigación para determinar el abordaje según causa:

- a) Defunción extrahospitalaria natural.
- b) Defunción extrahospitalaria por causa externa, violenta o súbita.

12. Los casos de fallecidos de forma extrahospitalaria, quedan registrados en el libro designado para tal fin o registro de formato digital.

13. Los casos de fallecido de forma extrahospitalaria son notificados por el médico coordinador de turno o el personal designado de forma inmediata al director del centro de atención.

i. Defunción extrahospitalaria natural

14. Cuando se cumpla la definición de muerte extrahospitalaria por causa natural, se extenderá "Constancia de Defunción Extrahospitalaria por Causa Natural" (C. Form. 514201-019-09-21).

15. El médico de selección o responsable del área, donde se presente el caso de muerte natural extrahospitalaria, realiza lo siguiente:

- a) Informa a los familiares o acompañantes la condición de fallecido.
- b) Gestiona el traslado del cadáver al área designada para su resguardo temporal.

¹ El designado: es el nombrado por el Director del centro de atención o en algunos casos el coordinador de turno por medio escrito ya sea a través de correo o memorando. (Aplica para todo el documento)

- c) Llena de forma completa y correcta el formulario de "Constancia de Defunción Extrahospitalaria por Causa Natural" (C. Form.514201-019-09-21), en original y copia. Se deben tomar los datos del familiar o acompañante que proporcionó la información.
- d) Entrega el original de la constancia de defunción a familiares o acompañantes para que realice los trámites respectivos.
16. La entrega del cadáver a la familia será solo con el acompañamiento de los representantes de la funeraria.
17. El personal de enfermería responsable del turno, registra el caso en libro de registros de muerte extrahospitalaria la siguiente información:
- Hora y fecha del evento.
 - Nombre completo del fallecido.
 - Número de DUI del fallecido.
 - Edad
 - Sexo
 - Diagnóstico presuntivo de muerte.
 - Registro de notificación a la Fiscalía General de la República (No aplica para las causas por muerte natural)
 - Causa de la muerte (natural)
 - Nombre del médico que llenó el formulario.
 - Enfermera responsable del turno.
18. En el caso que se determine sospecha de muerte por COVID-19 o sospecha de enfermedad de alta transmisibilidad, se aplican los lineamientos del MINSAL e institucionales vigentes correspondientes para tal fin.
19. El médico que atiende el caso del fallecido notifica del hecho al jefe inmediato superior (jefe de emergencia, coordinador de turno, director del centro de atención).
20. El fallecido extrahospitalario por causa conocida al que se deba dar resguardo, es entregado por el personal de enfermería con su respectiva identificación al conserje o al personal encargado de realizar dicho procedimiento, "Formulario Remisión de Cadáveres" (C. SAFISSS 130100387).
21. En los casos que el médico no pueda sustentar la posible causa natural de la defunción o exista duda de dicha causa, procede a abordar la defunción por causa violenta o súbita. De acuerdo al siguiente abordaje:



ii. Defunción extrahospitalaria por causa externa, violenta o súbita

22. El médico de selección o responsable del área donde se presente el caso de muerte extrahospitalaria por causa externa, violenta o súbita:

- a) Confirma la **condición de fallecido** del paciente dentro del vehículo que lo transporta.
- b) El médico que **atiende el caso** del fallecido llena de forma completa el formulario "Defunción Extrahospitalaria por Muerte Violenta, Accidente o Muerte Súbita" (C. Form. 514201-018-09-21), y lo entrega al personal de enfermería responsable de turno.
- c) Comunica de forma clara y precisa a los familiares o acompañantes la condición de fallecido y que, ante las circunstancias descritas como causales del fallecimiento, se notificará el hecho a la Fiscalía General de la República.
- d) Se indica al propietario del medio de transporte, el traslado del vehículo al área transitoria asignada, mientras se espera que se presente la autoridad correspondiente, en el caso que el encargado del medio de transporte tenga que retirarse, el médico debe de registrar los datos del vehículo en el que ha sido trasladado el fallecido, en el apartado "datos del acompañante" así como debe realizar el llenado "Descripción de la condición del fallecido", en el formulario "Defunción Extrahospitalaria por Muerte Violenta, Accidente o Muerte Súbita" (C. Form. 514201-018-09-21).
- e) El médico debe consignar en el apartado datos del acompañante el nombre completo y el número de documento de identidad de la persona que se presenta con el fallecido en el formulario "Defunción Extrahospitalaria por Muerte Violenta, Accidente o Muerte Súbita" (C. Form. 514201-018-09-21).
- f) El médico que atiende el caso del fallecido notifica al jefe inmediato superior del hecho (jefe de emergencia, coordinador de turno o director según el nivel de atención).
- g) El jefe de emergencia, coordinador de turno o director notifica de manera inmediata a la Fiscalía General de la República.
- h) El personal de enfermería responsable de turno registra en el libro de defunción extrahospitalaria la siguiente información:
 - Hora y fecha del evento.
 - Nombre completo del fallecido.
 - Número de DUI del fallecido.
 - Edad.
 - Sexo.
 - Diagnóstico presuntivo de muerte.
 - Registro de notificación a la Fiscalía General de la República (nombre de persona a la que se notifica y hora de la llamada).
 - Causa de la muerte (muerte violenta, accidente o muerte súbita).
 - Nombre del médico que llenó el formulario.
 - Enfermera responsable del turno.



23. El personal de enfermería responsable del procedimiento al finalizar el turno entrega a dirección local los formularios de defunción extrahospitalaria para su resguardo durante tres años por tratarse de información clasificada como no clínica.
24. En el caso que la Fiscalía General de la República determine que la muerte es por causa natural y no emita «Esquela de causa de muerte», el conserje o el personal encargado de resguardo del fallecido, solicita a dicho personal completar el reverso del formulario "Defunción Extrahospitalaria por Muerte Violenta, Accidente o Muerte súbita" (C. Form. 514201-018-09-21) y solicita al médico de emergencia completar el formulario "Constancia de Defunción Extrahospitalaria por Causa Natural" (C. Form. 514201-019-09-21).

B.1.2. Defunción Hospitalaria

25. Toda defunción hospitalaria debe ser notificada en el sistema nacional de mortalidad en las primeras setenta y dos horas posterior al fallecimiento por el designado de dirección utilizando la información del formulario "Certificado de Defunción", (C. SAFISSS 130100377).
26. En el caso de sospecha de muerte violenta o de tener relación con una actividad criminal, el médico responsable del paciente notifica a la oficina de la Fiscalía General de la República inmediatamente y será la Fiscalía quien coordina con Medicina Legal para el procedimiento legal correspondiente.
27. El personal de enfermería de hospitalización llena el "Vale de Consumo" (C. Form. 510401-02-01-04) con los datos del paciente y lo remite a recepción central para solicitar el "Certificado de Defunción", (C. SAFISSS 130100377) y "Remisión de Cadáveres" (C. SAFISSS 130100387).
28. El personal de recepción central entrega la documentación de defunción al servicio que lo ha solicitado.
29. El personal de enfermería asignado al paciente fallecido realiza el procedimiento post-mortem del cadáver y verifica que la identificación del brazalete sea legible y llena los datos demográficos del formulario de "Remisión de Cadáveres" (C. SAFISSS 130100387).
30. El personal de enfermería del área hospitalaria entrega al médico responsable del paciente fallecido la papelería correspondiente de la defunción.
31. El médico responsable del caso llena, firma y sella la documentación de muerte hospitalaria:
- a) Certificado de Defunción (C. SAFISSS 130100377).
 - b) Hoja Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta (C. SAFISSS 130100332).
 - c) Remisión de Cadáveres (C. SAFISSS 130100387).



32. El médico responsable del caso realiza el llenado del "Certificado de Defunción" (C. SAFISSS 130100377)
 - a) Fecha de ingreso.
 - b) Fecha y hora de la defunción.
 - c) Causa básica de la defunción, causa intermedia, causa final de muerte y otros estados patológicos que contribuyeron a la defunción.
 - d) Apartado para establecer si el caso del fallecido es mujer si el rango de edad está entre 10 y 54 años, investigar si falleció durante embarazo, parto, postparto, puerperio o posterior a un aborto.
 - e) Apartado en relación a muerte accidental o violenta.
 - f) Firma y sella el certificado de defunción.
33. El personal de enfermería remite la documentación antes descrita junto con el expediente clínico a recepción central o personal designado por dirección donde no exista recepción central.
34. El personal de recepción central o personal designado por dirección donde no exista recepción central, comunica de forma inmediata al familiar responsable sobre el fallecimiento del paciente, indicándole que es necesario que presenten DUI de la persona que realiza trámite de retiro de cadáver y DUI del fallecido.
35. El personal de recepción central de turno o personal designado por la dirección local para realizar las funciones de recepción central realiza el llenado de los datos demográficos del fallecido en el "Certificado de Defunción" (C. SAFISSS 130100377) y "Hoja Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta" (C. SAFISSS 130100332).
36. En toda defunción ocurrida a nivel hospitalario, el médico tratante debe elaborar en original dos certificados de defunción, según lo establecido en Norma para Registro de Hechos Vitales del MINSAL, uno para entregar al familiar o representante legal del fallecido y otro para anexar al expediente clínico.
37. En toda defunción, el médico determina la causa de muerte, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades y Otros Problemas Relacionados con la Salud (CIE) vigente, y registra, según el orden establecido en el certificado de defunción.
38. El personal de enfermería responsable del servicio donde se registre un fallecido, notifica a estadística o al asignado del registro de mortalidad a través del trámite de ingreso y egreso.
39. El encargado de estadística o el designado por la dirección local, solicita a través de boletín de remisión los expedientes de fallecidos para poder ingresar la información.
40. El proceso de llenado y envío de la documentación y el expediente al área de recepción se realiza en un máximo de dos horas.



41. En el caso del fallecido hospitalario donde el médico haya determinado durante la evaluación que la muerte fue por causa violenta, el personal de recepción o personal designado por la dirección local, a través de llamada telefónica y correo electrónico o memorando, dejando evidencia de la notificación a la Fiscalía General de la República para el reconocimiento del cadáver.
42. El expediente del fallecido permanece en recepción central o bajo resguardo del personal de enfermería o el responsable de turno, donde no exista recepción central, hasta que se traslade al archivo clínico.
43. Los cuidados post mortem se inician inmediatamente después de declararse la defunción realizando los siguientes procedimientos:
 - a) Retiro de líneas invasivas (endovenosos, tubos endotraqueales, líneas de impulsos eléctricos y otros).
 - b) Suturar heridas y cubrir lesiones con vendajes impermeables.
 - c) Los orificios naturales se deben taponar, según lo descrito en «Manual de Procedimientos de Enfermería».
 - d) Colocar la identificación al cadáver en un lugar visible del cuerpo, además el cadáver deberá ser cubierto con sábanas, mientras se realiza el traslado a la morgue.
44. El conserje o el personal designado por la dirección local a través de memorando o correo electrónico de cada centro de atención, previo al retiro del cadáver de los servicios, identifica los siguientes datos:
 - a) Nombre completo del fallecido
 - b) Sexo
 - c) Número de afiliación o DUI
45. El conserje o el personal designado registra los datos de los fallecidos que son llevados a la morgue, ya sea de forma digital o libro debidamente foliado que contenga la siguiente información:
 - a) Fecha y hora de recepción
 - b) Nombre completo
 - c) Número de afiliación o DUI
 - d) Edad
 - e) Sexo
 - f) Servicio de procedencia
 - g) Nombre y firma del responsable que recibe en morgue
 - h) Nombre y firma de familiar o persona responsable que reconoce y retira el cadáver
 - i) Fecha y hora de entrega.
46. El personal encargado de la morgue identifica que la persona que se ha presentado a retirar el cadáver sea quien el fallecido reportó como responsable en la Hoja Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta, (C. SAFISSS 130100332), y lo verifica con el DUI, para los salvadoreños que residen permanentemente en el territorio nacional. En caso de que el paciente definiera como

responsable a un salvadoreño residente en el exterior o un individuo de otra nacionalidad, este debe identificar con su pasaporte o documento equivalente.

47. Si el paciente no ha establecido que, si en caso de muerte se entregará su cadáver y pertenencias a algún familiar; corresponde la entrega en su orden, según Código Civil Art. 983 son llamados a la sucesión intestada:
 - a) Los hijos, el padre, la madre y el cónyuge, y en su caso el conviviente sobreviviente.
 - b) Los abuelos y demás ascendientes; los nietos y el padre que haya reconocido voluntariamente a su hijo.
 - c) Los hermanos.
 - d) Los sobrinos.
 - e) Los tíos.
 - f) Los primos hermanos.
48. Cuando no exista ninguna de las personas antes descritas, se realiza consulta a la Unidad Jurídica Institucional.
49. El cadáver debe ser reconocido por el familiar o responsable previo a ser retirado de la morgue.
50. El conserje o el personal designado al área de morgue, entrega el cadáver a familiares acompañados con los representantes de la funeraria o a las instancias de Medicina Legal sin ropa hospitalaria, debiendo entregar dicha ropa al servicio de origen donde falleció el paciente.
51. En el caso que el paciente fallece en ambulancia al ser trasladado de un centro de atención a otro, este debe retornar al centro de atención que lo refirió para realizar los trámites legales y registros correspondientes de acuerdo al procedimiento descrito en la muerte hospitalaria.
52. El paciente que fallece en el traslado de ambulancia, no puede ser retornado al centro de atención por los siguientes motivos:
 - a) Centros de menor complejidad, que no cuenten con área hospitalaria
 - b) Centros de atención ambulatoria
 - c) Centros fuera de horario de atención
 - d) El centro receptor debe realizar el proceso descrito en mortalidad hospitalaria.
53. El personal de salud que acompaña al paciente que falleció en la ambulancia durante el traslado debe dirigirse al médico de selección del centro de atención al que es referido para evaluar y determinar si cumple con los criterios del literal 58 y así proceder con el proceso de mortalidad hospitalaria.



54. Para los casos de los recién nacidos que fallecen en la ambulancia durante el traslado, se debe realizar el trámite de defunción en las maternidades autorizadas más cercanas. (Policlínico Zacamil, Hospital Materno Infantil 1º. de Mayo, Hospital Amatepec, Hospitales Regionales: Santa Ana, Sonsonate y San Miguel.

B.2. Referente al abordaje de muerte fetal y neonatal

B.2.1. Muerte fetal

i. Nacidos muertos mayor de 500 gramos

55. El médico obstetra informa a los padres acerca de la situación de forma clara y oportuna, así como facilitar el contacto con el nacido muerto.
56. En el caso de los nacidos muertos mayor de 500 gramos, el médico obstetra llena dos originales del formulario "Certificado de Nacido Muerto" (C. Form. 522419-062-04-24) de forma completa y con letra legible, uno para ser entregado a los padres o responsable legal y otro para ser anexado al expediente de la madre.
57. El personal de enfermería de turno del área informa a los padres sobre los trámites que deben realizar.
58. Se dará atención y apoyo a los padres en el proceso del duelo, a través del equipo asignado según protocolo de cada centro de atención.
59. Si los padres no desean retirar el cuerpo del feto fallecido, se deja evidencia en el expediente clínico y si no existe responsable del retiro del cuerpo, se procede a realizar el trámite de cadáver no reclamado.
60. Ante la sospecha que la causa del fallecimiento ha sido provocada o por motivos de violencia intrafamiliar, el médico obstetra debe contactar a la Fiscalía General de la República.

ii. Nacidos muerto menor de 500 gramos

61. El médico obstetra informa a los padres acerca de la situación, de forma clara y oportuna, así como facilita el contacto con el nacido muerto.
62. En el caso que los padres deseen retirar el cuerpo del fallecido menor de 500 gramos, se llena el formulario "Boleta de Entrega de Feto en Muerte Fetal Intrauterina, menores de 500 gramos" (C. Form. 522419-063-04-24).



63. Si los padres no desean retirar el cuerpo del feto fallecido, se deja evidencia en el expediente clínico y se les explica que será trasladado a patología el cual posteriormente no puede ser reclamado.
64. Se da atención y apoyo a los padres en el proceso del duelo, a través del equipo asignado según protocolo de cada centro.
65. Ante la sospecha que la causa del fallecimiento ha sido provocada o por motivos de violencia intrafamiliar, el médico obstetra debe contactar a la Fiscalía General de la República.

B.2.2. Muerte neonatal

i. Recién nacido fallece en los primeros minutos de vida

66. El médico neonatólogo, pediatra o médico que brinda la atención, informa a los padres acerca de la situación del fallecimiento de forma clara y oportuna, así como facilitar el contacto con el recién nacido fallecido.
67. El médico que brinda la atención llena dos certificados de defunción en original.
68. El médico debe completar, sellar y firmar la documentación correspondiente del expediente clínico y entregarlo al personal de enfermería para su remisión a recepción central o área asignada por dirección local para su resguardo.
69. El personal de enfermería debe mostrar el cuerpo del neonato fallecido, facilitándoles el contacto físico y dando el tiempo para que los padres expresen en forma abierta sus sentimientos.
70. El personal de enfermería del servicio orienta a los padres, sobre los trámites a seguir para la entrega del cuerpo del fallecido.
71. El médico neonatólogo debe realizar examen físico completo al recién nacido y llena el certificado de defunción.
72. El personal de enfermería ante un caso que el recién nacido fallezca realiza lo siguiente:
- Completa el certificado de nacimiento, elaborado previamente por recepcionista con datos de los padres, según documentos de identidad y huellas de la madre.
 - Identifica con brazalete al cadáver, según el sexo respectivo y de acuerdo al proceso de identificación del recién nacido del documento normativo vigente Norma de Funcionamiento de las Maternidades del ISSS en la Atención del Recién Nacido.
 - Filiar al cadáver.
 - Elabora tarjeta, conforme al sexo, si es masculino color celeste y si es femenino color rosado, completa con los datos de la madre, al reverso de la tarjeta se anota nombre completo del padre del recién nacido.



- e) Elabora nota de enfermería de acuerdo a la normativa vigente.
- f) Posteriormente se comunica con el conserje, supervisora de turno y trabajo social, informando datos para realizar las gestiones pertinentes.
- g) Realiza la entrega del cuerpo del fallecido al conserje o delegado de servicios generales con la "Remisión de Cadáveres" (C. SAFISSS 130100387) para su traslado a la morgue.

73. El personal de enfermería envía a recepción central o al personal designado por la dirección local lo siguiente:

- a) Expediente clínico.
- b) Certificado de defunción.
- c) Certificado Médico de Nacimiento (C. SAFISSS 130100042).

74. La papelería de la defunción se anexa al expediente clínico de la madre del recién nacido.

75. Debe quedar en libro de registro del servicio la fecha, hora y responsable de entrega de documentación a recepción central o área designada por dirección local.

76. El personal de enfermería verifica que la papelería esté completa, sello del servicio, firma y sello del médico que atendió el parto, y transcribe los datos de la madre al libro de registro y entrega a padres la hoja de "Certificado Médico de Nacimiento" (C. SAFISSS 130100042) para inscripción en Alcaldía Municipal.

77. Los padres o responsable realizan la inscripción de nacimiento previo a realizar trámite de entrega del cuerpo de neonato fallecido.

78. Se da atención y apoyo a los padres en el proceso del duelo, a través del equipo asignado según protocolo de cada centro de atención.

ii. Recién nacido ingresado que evoluciona hacia la muerte

79. Si un recién nacido ingresado fallece, el médico neonatólogo y/o personal de enfermería del área realiza la notificación a los padres del recién nacido.

80. Si el recién nacido evoluciona hacia la muerte, el médico neonatólogo y/o personal de enfermería del área, notifica a los padres de inmediato; ellos podrán establecer contacto físico con él, aun cuando hubiere estado con ventilación mecánica e incluso en el momento de su fallecimiento.

81. Si el recién nacido fallece, se le retirarán sondas, catéter y ventilador.

82. El médico neonatólogo debe comunicarle de forma inmediata a la madre si está hospitalizada sobre el fallecimiento del recién nacido.

83. El médico completa, sella y firma la documentación correspondiente del expediente clínico y entrega al personal de enfermería del servicio, quien envía dichos documentos a recepción o área designada por director en los casos que no cuenten con recepción.
84. Se da atención y apoyo a los padres en el proceso del duelo, a través del equipo asignado según protocolo de cada centro.
85. Si el médico neonatólogo sospecha que la causa del fallecimiento ha sido provocada o por motivos de violencia intrafamiliar, se realiza la notificación a la Fiscalía General de la República.

B.3. Referente a la inhumación de piezas anatómicas

86. El personal de la sala de operaciones notifica al conserje o personal designado por director del centro de atención, sobre la existencia de piezas anatómicas, las cuales son identificadas con los datos del paciente.
87. El conserje o auxiliar designado para la morgue traslada de sala de operación hacia la morgue las piezas anatómicas donde, posterior a registrar el peso de las piezas anatómicas, se coloca en cámara refrigerante para evitar la descomposición.
88. El traslado de las piezas anatómicas al cementerio se realiza a través del transporte de desechos bioinfecciosos, con el acompañamiento del conserje o personal designado por el director del centro de atención.
89. El jefe de servicios generales solicita al responsable del fondo circulante, un anticipo para la inhumación de piezas anatómicas.

B.4. Referente a casos especiales

B.4.1. Acceso a información del expediente clínico de fallecido

90. Cuando sea necesaria la información del expediente clínico del fallecido o que el expediente sea llevado a las instancias legales, la entrega de éstos es autorizada por la dirección del centro de atención o designado de acuerdo a documentos "Norma para el Expediente Clínico ISSS 3ra. Edición" (vigente) y el "Manual de Proceso Certificación, Secuestro e Incautación y Exportación del Expediente Clínico en los Centros de Atención del ISSS" (vigente).

B.4.2. Cadáver no reclamado

91. En el caso de cadáver no reclamado en los hospitales del ISSS, se debe reportar el fallecimiento en los cinco días hábiles posteriores a la defunción al Registro del Estado Familiar del lugar donde ocurrió la muerte (según lo estipulado Art.78 de Ley de Registro del Estado Familiar).



92. Cuando el personal de recepción central o personal de enfermería responsable del turno, (donde no exista recepción central) según registro del seguimiento, no pueda contactar en un período de 24 horas a familiares o responsables del fallecido, debe informar a su jefatura, quien notifica a través de medios institucionales a jefatura o responsable de trabajo social o designado por dirección local, para dar continuidad a la búsqueda del o los responsables del fallecido en un período máximo de 72 horas.
93. Cuando el Trabajador Social o delegado por dirección local haya agotado todas las posibilidades de encontrar por todos los medios disponibles a un familiar o responsable para el entierro del cadáver, éste emite el informe de la investigación y notifica a la administración del centro de atención para dar continuidad a los trámites del entierro del cadáver no reclamado.
94. La Administración del centro de atención reporta al Departamento Jurídico de Procuración, el caso de cadáver no reclamado, para realizar la inhumación y el debido asentamiento de defunción.
95. El Colaborador Jurídico remite el certificado de defunción a la administración para que se gestione su respectivo resguardo en el expediente clínico.
96. Servicios generales ante el caso de cadáver no reclamado, dentro los cinco días hábiles posteriores a la defunción, gestiona con la alcaldía respectiva el entierro bajo el concepto de «Pobre de Solemnidad» y realiza la compra del ataúd y traslado al cementerio.
97. Cuando un neonato o feto mayor de 500 gramos fallece y no exista responsable del retiro del cuerpo, se procede a realizar el trámite de cadáver no reclamado.

B.4.3. Registro de entrega del cadáver a las instancias de Medicina Legal.

98. La entrega del cadáver a las instancias de Medicina Legal queda anotada por conserje en el "Libro de Registro de Pacientes Fallecidos", donde se solicita firma de recibido.

B.4.4. Resguardo de cadáver en los centros que no poseen morgue.

99. Los centros de atención del ISSS donde no existe área de morgue y la defunción sea de tipo hospitalaria o extrahospitalaria por causa conocida, y sea necesario el resguardo de cadáver por más de 12 horas, el jefe o coordinador de la unidad de emergencia o del servicio hospitalario notifica al director, quien gestiona el envío del cadáver a la morgue del centro de atención más cercano de la red del ISSS e informa a familiares sobre el traslado, especificando la causa y el lugar en el que será recibido.
100. Los centros de atención del ISSS que trasladan un cadáver por muerte hospitalaria, extrahospitalaria o natural para el resguardo a la morgue de otro centro de atención, el personal de enfermería coloca un brazalete al cadáver, con la información que contenga el nombre y DUI y registra dicho

traslado de forma digital o manual, en el "Libro de Registro de Muerte Hospitalaria o Extrahospitalaria" según sea el caso.

101. En caso de que el paciente hospitalizado es referido a un centro de atención ambulatorio para procedimiento y fallece durante la realización de este, se debe retornar al centro de origen para que se realizase el procedimiento de Defunción Hospitalaria.
102. En los casos de los centros ambulatorios donde se presente la muerte de un neonato, se procederá a remitir a la madre con el neonato fallecido a la maternidad autorizada más cercana, para realizar el procedimiento administrativo correspondiente.

VII. Responsabilidades en el proceso

1. Director del centro de atención:

- a) Velar por la divulgación y cumplimiento de las disposiciones de la normativa.
- b) Verifica el cumplimiento de la implementación y abordaje de los casos de defunción extrahospitalaria.
- c) Da resguardo del registro de defunción extrahospitalaria.
- d) Verificar el cumplimiento de adecuación de áreas transitorias para resguardo de cadáver.
- e) Demás disposiciones inherentes al cargo

2. Administrador del centro de atención:

- a) Velar por el cumplimiento de las disposiciones de la normativa en las áreas a cargo.
- b) Velar por el cumplimiento de adecuación de áreas transitorias para resguardo de cadáver en los casos de defunción extrahospitalaria.
- c) Velar por la existencia de insumos necesarios en el manejo de cadáveres.
- d) Demás disposiciones inherentes al cargo.

3. Médico responsable de la atención en casos de defunción:

- a) Realiza el llenado de la papelería correspondiente de las mortalidades según sea el caso.
- b) Explica a los familiares o responsables la causa de la defunción.
- c) Notificar al director, Fiscalía General de la República según los casos de mortalidad.

4. Personal de enfermería:

- a) Realiza los cuidados post mortem.
- b) Prepara la documentación y entrega al médico.
- c) Llenado de datos generales de la hoja de remisión de cadáveres.
- d) Reporta el caso a recepción (donde haya recepcionista).
- e) Registra y entrega el cadáver para ser llevado a morgue o área transitoria de resguardo en los centros que no cuenten con morgue.
- f) Realiza el llenado de bitácora de fallecidos.

- g) Registro y resguardo del libro de casos de defunción extrahospitalaria (supervisora o coordinadora de turno).
5. Conserje:
- a) Trasladan el cadáver del servicio de hospitalización o emergencia, al área de morgue o de resguardo.
 - b) Registra los datos en el libro de control de morgue.
 - c) Entrega el cadáver a los familiares junto con la funeraria.
6. Recepcionista o designado por dirección:
- a) Notifica la defunción vía telefónica a familiares o persona responsable.
 - b) Notifica a Trabajo Social del cadáver no reclamado.
 - c) Realiza el resguardo, manejo y entrega de la documentación de defunción al servicio que lo solicite.
 - d) Llenado de datos demográficos del fallecido en Certificado de defunción (C. SAFISSS 130100377) y Hoja ingreso, observación, hospitalización y alta (C. SAFISSS 130100332).
7. Personal de Trabajo Social:
- a) Da seguimiento a los casos de cadáver no reclamado.
8. Colaborador Jurídico:
- a) Da seguimiento a los casos de cadáver no reclamado.
 - b) Realiza la inhumación y asentamiento de defunción.

VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso

1. Formulario "Defunción Extrahospitalaria por Muerte Violenta, Accidente o Muerte Súbita" C. Form. 514201-018-09-21
2. Formulario "Constancia de Defunción Extrahospitalaria por Causa Natural" C. Form. 514201-019-09-21.
3. Formulario "Certificado de Defunción" C. SAFISSS 130100377 (Código anterior C. SAFISSS 130201394).
4. Formulario "Hoja Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta" C. SAFISSS 130100332 (Código anterior C. SAFISSS 130201132).
5. Formulario "Remisión de Cadáveres" C. SAFISSS 130100387 (Código anterior C. SAFISSS 130201157).
6. Formulario "Certificado de Nacido Muerto" C. Form. 522419-062-04-24.
7. Formulario "Boleta de Entrega de Feto en Muerte Fetal Intrauterina, Menores de 500 gramos" C. Form. 522419-063-04-24).
8. Formulario "Vale de Consumo" C. Form. 510401-02-01-04.
9. Formulario "Certificado Médico de Nacimiento". C. SAFISSS 130100042.



10. Libro de Registro de Pacientes Fallecidos.
11. Libro de Registro de Muerte Hospitalaria o Extrahospitalaria.

IX. Anexos

A. Anexo 1:

- Formulario "Defunción Extrahospitalaria por Muerte Violenta, Accidente o Muerte Súbita" (C. Form. 514201-018-09-21).

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD FORMULARIO DE DEFUNCIÓN EXTRAHOSPITALARIA POR MUERTE VIOLENTA, ACCIDENTE O MUERTE SÚBITA			
NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN		FECHA Y HORA	
DATOS DEL FALLECIDO			
Nombre completo			Edad
Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Nacionalidad	Teléfono	N° de Documento de Identidad
Domicilio		Departamento	Municipio
Paciente Referido Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Referido por	
DATOS DEL ACOMPAÑANTE			
Nombre Completo			
N° de Documento de Identidad		Número de Placas de Vehículo	Número de Óvalo (Taxi)
EVALUACIÓN MÉDICA			
Verificación de Signos Vitales			
T/A <input style="width: 50px;" type="text"/>		PULSO <input style="width: 50px;" type="text"/>	F.R. <input style="width: 50px;" type="text"/>
Descripción de la condición del fallecido			
Nombre de quien recibió la llamada en FGR		Firma del acompañante	
Firma y Sello del Médico		Huellas Digitales del acompañante	
		PULGAR IZQUIERDO	PULGAR DERECHO

Form 514201-018-09-21




ISSS

Gerencia de Salud



- "Formulario "Constancia de Defunción Extrahospitalaria por Causa Natural" (C. Form. 514201-019-09-21).

			
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL			
SUBDIRECCIÓN DE SALUD			
CONSTANCIA DE DEFUNCIÓN EXTRAHOSPITALARIA POR CAUSA NATURAL			
1. DATOS DEL FALLECIDO(A) (Según documento de identidad)			
Nombres		Apellidos	
Tipo de Documento de Identidad <input type="radio"/> DUI <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		Edad	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
N° de Documento		Estado Civil	
Fecha de nacimiento	Ocupación	Domicilio	
2. DATOS CLÍNICOS DEL FALLECIMIENTO			
Antecedentes mórbidos del fallecido			
Circunstancias en las que aconteció el fallecimiento			
Hallazgos del examen físico que realice el médico que recibió al fallecido			
Diagnostico presunto de defunción		FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN	
		: : AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/>	
3. DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE DE LA DEFUNCIÓN			
Nombre completo (Según documento de identidad)			
Parentesco o relación con el fallecido	Tipo de documento de identidad <input type="radio"/> DUI <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Edad	
N° de documento			
FIRMA	Huellas Digitales		
		Pulgar Izquierdo	Ígar Derecho
4. DATOS DEL MÉDICO QUE RECIBIÓ AL FALLECIDO			
Nombre completo del médico		Número de JVPM	
Firma y sello del médico		Sello del Servicio	

Form. 514201-019-09-21



- Formulario "Certificado de Defunción" C. SAFISSS 130100377 (Código anterior C. SAFISSS 130201394).

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL				Libro N°:	
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				Partida N°:	
1- Nombre y apellido del fallecido/a:		11- Lugar de residencia actual del fallecido/a:		Área:	
2- Número de DUI del fallecido/a:		Departamento:		Urbana: 1 <input type="checkbox"/>	
Número de afiliación del fallecido/a:		Municipio:		Rural: 2 <input type="checkbox"/>	
3- Fecha de ingreso:		Cantón:			
Fecha de la defunción:		12- Nombre y apellido de la madre:			
Día Mes Año		Nombre y apellido del padre:			
4- Lugar de la defunción:		13- CAUSA DE DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
Departamento:		Anoté sólo una causa en cada una de las líneas (a), (b), (c) y (d)			
Municipio:		a) Debido a (o como consecuencia de)			
Cantón:		b) Debido a (o como consecuencia de)			
5- Local de la defunción:		c) Debido a (o como consecuencia de)			
Hospital Nacional: 1 <input type="checkbox"/>		d) CAUSA BÁSICA			
Unidad de Salud: 2 <input type="checkbox"/>		II. Otros estados patológicos			
Hospital o clínica privada: 3 <input type="checkbox"/>		significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
Centro de atención ISSS: 4 <input type="checkbox"/>		* No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, por ejemplo: Debilidad cardíaca, asfisia, entre otros significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicaciones que causó la muerte.			
Casa de habitación: 5 <input type="checkbox"/>		14- Si la persona fallecida es una mujer entre 10 - 54 años investigar si falleció durante:			
Calle: 6 <input type="checkbox"/>		Embarazo: 1 <input type="checkbox"/> Parto: 2 <input type="checkbox"/> Postparto: 3 <input type="checkbox"/> Puerperio: 4 <input type="checkbox"/> Posterior aborto: 5 <input type="checkbox"/>			
Otro: 7 <input type="checkbox"/> Especifique:		MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA			
6- Sexo: Masculino: 1 <input type="checkbox"/> Femenino: 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado: 3 <input type="checkbox"/>		15- Accidente: 1 <input type="checkbox"/> Suicidio: 2 <input type="checkbox"/> Homicidio: 3 <input type="checkbox"/> Ignorado: 4 <input type="checkbox"/>			
7- Estado conyugal o familiar:		16- Causas de muerte:			
Soltero/a: 1 <input type="checkbox"/> Acompañado/a: 2 <input type="checkbox"/> Casado/a: 3 <input type="checkbox"/> Viudo/a: 4 <input type="checkbox"/>		Arma de fuego: 1 <input type="checkbox"/> Arma blanca: 2 <input type="checkbox"/> Caída: 3 <input type="checkbox"/>			
Separado/a: 5 <input type="checkbox"/> Divorciado/a: 6 <input type="checkbox"/> Ignorado/a: 7 <input type="checkbox"/> Impúber: 8 <input type="checkbox"/>		Ahogamiento: 4 <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito: 5 <input type="checkbox"/> Envenenamiento: 6 <input type="checkbox"/>			
8- Edad:		Artefacto explosivo: 7 <input type="checkbox"/> Ahorcamiento o estrangulamiento: 8 <input type="checkbox"/> Objeto contundente: 9 <input type="checkbox"/>			
Para mayores de 1 año (años cumplidos):		Otro: 10 <input type="checkbox"/> Especifique:			
Para menores de 1 año:		ASISTENCIA Y CERTIFICACIÓN MÉDICA			
Hora: Minutos: Días: Meses:		17- Tuvo asistencia médica durante su enfermedad:			
Complete: Madre casada: Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe: 3 <input type="checkbox"/>		Defunción certificada por médico:			
Tipo de parto: Vaginal 1 <input type="checkbox"/> Cesárea 2 <input type="checkbox"/> No sabe: 3 <input type="checkbox"/>		Defunción certificada por médico forense:			
Edad de la madre: Duración del embarazo: Semanas de gestación:					
Si en días está entre 1 a 28 complete la siguiente información:					
Peso al nacer: gramos: Taille al nacer: centímetros:					
Lugar donde nació el niño/a: Hospital 1 <input type="checkbox"/> Extrahospitalario 2 <input type="checkbox"/>					
Cuantos ha tenido la madre: Embarazos: Abortos: Nacidos muertos:					
9- Ocupación última del fallecido/a:					
10- Jubilado/a o pensionado/a: Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>					
18- Fecha de registro:		19- Firma y sello de médico/a responsable:		20- Nombre, firma y sello de Recepcionista:	

C. SAFISSS 130201394



COMO COMPLETAR EL FORMULARIO CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

1. Escriba los nombres y apellidos de la persona fallecida, sin usar abreviaturas.
2. Anote el número correcto del DUI y número de afiliación de la persona fallecida.
3. Anote fecha y hora en la cual ingreso el paciente/Anote la fecha en minutos, hora, día, mes y año en que ocurrió la defunción.
4. Escriba el nombre del departamento, municipio y cantón donde ocurrió la defunción.
5. Marque con una equis (X) el local donde ocurrió la defunción, de la opción 1 a la 4 y escriba el nombre del local, si es la opción otro especifique en que lugar sucedió. En el caso del ISSS colocar el nombre del Servicio y marcar con una equis (X) la opción de fallecido antes o después de 48 hrs.
6. Marque con una equis (X) la casilla correspondiente al sexo de la persona fallecida.
7. Marque con una equis (X) el estado conyugal de la persona fallecida, si es un niño hasta 13 años o una niña hasta 11 años marque la casilla Impúber.
8. Anote la edad de la persona fallecida en años cumplidos. CUANDO ES MENOR DE UN AÑO, indique el tiempo de vida que tuvo ese niño(a) en minutos, horas, días y meses.
9. Escriba la ocupación actual que estaba realizando la persona fallecida, como por ejemplo: Profesora de primaria, albañil, motorista, médico entre otros.
10. Marque con una equis (X) la casilla correspondiente, si la persona fallecida estaba jubilada o pensionada.
11. Escriba el departamento, municipio y cantón donde la persona fallecida tenía su residencia habitual; especificando el área urbana o rural.
12. Escriba el nombre(s) y apellido(s) de la madre y el padre de la persona fallecida.
13. Escriba la causa de muerte de la persona fallecida, si el certificado es llenado en un hospital y por un médico, deberá llevar la secuencia de las causas de muerte de mayor a menor es decir de la letra d) a la letra a) y el jefe del estado familiar deberá transcribir en esa secuencia las causas.
Cuando el certificado es llenado en la alcaldía por el jefe del estado familiar, deberá de interrogar al informante sobre la causa que ocasionó la muerte y no su causa terminal, como por ejemplo el paro cardíaco, que es una causa mal definida.
14. Si es una mujer entre 10 a 54 años de edad, permitirá determinar las muertes ocurridas durante el embarazo, parto, puerperio o posterior aborto, si existía embarazo al momento de su fallecimiento o si existió embarazo un año antes de su muerte.
15. Marque con una equis (X) una de las cuatro opciones que se presentan, si la causa de muerte fue accidental o violenta, además deberá completar las causas de muerte de la pregunta 16.
16. Cuando en la pregunta 15 marque accidente, deberá marcar cual fue la causa del accidente.
17. Marque con una equis (X) si la persona fallecida tuvo asistencia médica durante su enfermedad, según las opciones que presenta el formulario.
18. Escriba la fecha de registro de la defunción.
19. Escriba el nombre, firma y sello del profesional de la salud que certifica la defunción.
20. Escriba el nombre, firma y sello del Recepcionista.



- Formulario "Hoja de Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta" C. SAFISSS 130100332 (Código anterior C. SAFISSS 130201132).

CENTRO DE ATENCIÓN		N° DE AFILIACIÓN		RN		CUN (Código Único de Nacimiento)															
D A T O S	TIPO DE ASEGURADO						SECTOR	EDAD	SEXO												
	COTIZANTE ACTIVO	PENSIONADO	CÓNYUGE O C/V	HUJOS	PADRES DE EMPLEADOS ISSS	NO ASEGURADO	CESANTES	NO ASEGURADO (Por convenio MINSAL)	HUJOS DE EMPLEADOS ISSS	Público <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>			F	M	I					
	NOMBRE DEL PACIENTE											N° DE DUI/ CARNET DE MINORIDAD									
	DIRECCIÓN DEL PACIENTE																				
P A C I E N T E	NOMBRE DEL AFILIADO (SOLAMENTE CUANDO ES BENEFICIARIO)											CENTRO QUE REFIERE									
	NOMBRE DEL RESPONSABLE (SI ES MENOR DE EDAD O EN CASO DE EMERGENCIA)											N° DE DUI DEL RESPONSABLE									
	DIRECCIÓN											TELÉFONO DE CONTACTO									
	N° DE REGISTRO														FECHA DE INGRESO	HORA DE INGRESO	RIESGO	ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE TRABAJO <input type="checkbox"/>
I N G R E S O	DIAGNÓSTICO DE INGRESO																				
	SERVICIO AL QUE INGRESA				NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZÓ INGRESO								N° DE REGISTRO (ESTADÍSTICA)								
	FECHA		HORA		SERVICIO		NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE AUTORIZÓ EL TRASLADO														
	TRASLADO DE:		TRASLADO A:																		
R U T A	FECHA DE ALTA		HORA DE ALTA		CAUSA DEL ALTA		TOTAL DÍAS HOSPITALIZACIÓN														
	DIAGNÓSTICO DEL ALTA (DIAGNÓSTICO PRINCIPAL)											CIE (Estadística)									
	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO											CIE (Estadística)									
	DIAGNÓSTICO DE CAUSA EXTERNA											CIE (Estadística)									
A L T A	CONDICIÓN DE SALIDA <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MEJORADO <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> FALLECIDO ANTES DE 48 HORAS <input type="checkbox"/> FALLECIDO DESPUÉS DE 48 HORAS																				
	PROCEDIMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS											FECHA DD/MM/AA		CIE9 (Estadística)							
P A R T O	EMBARAZO < 37 SEMANAS		EMBARAZO ≥ 37 SEMANAS		SEXO		NACIDO VIVO		NACIDO MUERTO		NORMAL		PREMATURO		PESO AL NACER (Gr) -2500 +2500		EDAD GESTACIONAL SEGÚN BALLARD				
	TIPO DE PARTO		PARTO VAGINAL		M F I		M F I		M F I		M F I		M F I		M F I		M F I				
	CESÁREA		SI FUE CESÁREA		M F I		M F I		M F I		M F I		M F I		M F I		M F I				
	1ERA VEZ		SUBSECUENTE		M F I		M F I		M F I		M F I		M F I		M F I		M F I				
O B S E R V A C I O N	REFERENCIA <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/> CENTRO HOSPITALARIO:																				
	OBSERVACIONES:														NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE AUTORIZA EL ALTA						

C. SAFISSS 130201132



INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE INGRESO, OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN Y ALTA

Este instructivo tiene como propósito orientar al personal administrativo, así como de los servicios y médicos, respecto al llenado efectivo del formulario, con el fin de registrar el ingreso, la ruta del paciente dentro del centro de atención y el egreso del mismo; el cual debe ser utilizado en el momento que el personal médico decida el ingreso del paciente a los diferentes servicios hospitalarios.

I. DESCRIPCIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DEL FORMULARIO

- **Centro de atención:** Nombre del centro de atención que está registrando el ingreso del paciente.
- **N° de afiliación:** Anotar en este campo el número de afiliación del paciente tomado del Expediente Clínico del cotizante, pensionado o beneficiario (hijos de empleado del ISSS, cónyuge o compañero de vida, padres de empleados ISSS), el cual está formado por 9 dígitos.
- **CUN:** Anotar en este campo el Código Único de Nacimiento del recién nacido.
- **RN:** Marcar con un "X" la casilla, cuando el ingreso se trate de un Neonato.

II. DATOS DE PACIENTE

- **Tipo de asegurado:** Marcar con una "X" en la casilla que identifique al tipo de asegurado, el cual puede ser: cotizante, pensionado, cónyuge o compañero de vida, hijos, padres de empleados ISSS, No asegurados, Cesantes, No asegurado (Por convenio MINSAL) o Hijos de empleados ISSS.
- **Edad:** Se documentará la edad del asegurado o beneficiario.
- **Sexo:** Marcar con una "X" en la casilla que identifique el sexo del asegurado o beneficiario el cual puede ser: Masculino o Femenino. El campo de sexo indeterminado aplica únicamente para niños menores de 6 meses, que por malformaciones congénitas no pueda determinarse a que sexo pertenece (genitales ambiguos).
- **Sector:** Marcar con una "X" en la casilla que identifique el lugar en donde labora, ya sea dependencia de gobierno o empresa privada.
- **Nombre del paciente:** Escribir el nombre como aparece en el Documento Único de Identidad, carnet de minoridad, tarjeta de afiliación (según sea el caso). Para el caso de los neonatos, estos se identificarán como: RECIENTE NACIDO DE y el nombre de la madre.
- **N° de DUI/Carnet de Minoridad:** Se documentará el número del documento de identificación que presente según sea el caso.
- **Dirección del paciente:** Se escribirá la dirección actual del paciente, siempre y cuando sea trabajador activo, pensionado o beneficiario.
- **Nombre del afiliado:** Si el paciente es beneficiario, deberá escribirse el nombre del cotizante.
- **Centro que refiere:** Nombre del centro de atención de donde es remitido.

III. INGRESO

- **N° de Registro:** Control exclusivo de la recepción del centro de atención. Es la numeración correlativa que se asigna a los pacientes que ingresan según fecha y hora de ingreso. Dicha numeración es exclusiva de cada centro de atención, inicia y finaliza cada año.
- **Fecha y hora de ingreso:** Fecha y hora en la que se da el ingreso, este llenado lo hace la recepción.
- **Riesgo:** Este campo se subdivide en riesgos comunes (Enfermedad y Accidente Común), riesgos profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional) y maternidad, en donde el médico deberá marcar con una "x" según corresponda: Enfermedad común, Accidente común, Accidente de Trabajo, Enfermedad Profesional o Maternidad.
- **Diagnóstico de Ingreso:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico principal designándolo de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE).
- **Servicio al que ingresa:** Servicio al que el médico decida ingresarlo.
- **Nombre, sello y firma del médico que autorizó el ingreso:** Médico que autoriza el ingreso.

IV. RUTA (Llenado por el personal médico)

En este apartado se registrarán todos los movimientos realizados por el asegurado o beneficiario dentro de un mismo centro de atención. Desde su ingreso hasta el egreso (alta). Cada movimiento deberá contar con la fecha y hora, lugar desde donde y hacia donde se realizara el traslado y la firma, nombre y sello del médico que autoriza el traslado.

V. ALTA O DEFUNCIÓN

- **Fecha y Hora de Alta:** Fecha y hora en la que se le da de alta al paciente.
- **Causa del alta:** Circunstancias por la que se da de alta al paciente. Ejemplo: "Por indicación Médica", "Ya no amerita hospitalización", "Alta Exigida", "Traslado a otro centro".
- **Total días hospitalización:** El número de días calendario transcurridos desde la fecha de ingreso, hasta el alta o defunción. Se obtiene restando a la fecha del alta, la fecha de ingreso. Cuando el paciente ingresa y es dado de alta el mismo día, se registrará como un día de hospitalización.
- **Diagnóstico de alta:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico principal (Causante primario de la necesidad de tratamiento, el mayor uso de recurso o síntoma principal), designándolo de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de la Salud (CIE). De cada diagnóstico deberá anotarse todos los calificativos posibles, para la codificación apropiada de la CIE vigente.
- **Diagnóstico Secundario:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico secundario (aquellos que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de la consulta o las afecciones previas que no coincidan con el episodio actual), designándolo de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE).
- **Diagnóstico de causa externa:** Anotar la circunstancia o mecanismo (causa externa) que ocasionó el diagnóstico principal si este aplica. Ejemplo: Herida de cuero cabelludo (Diagnóstico principal), **Agresión con arma punzante (causa externa)**.
- **Condición de salida:** Marcar con una "X" la condición de salud en que el paciente abandona el centro.
- **Procedimientos o intervenciones quirúrgicas:** Anotar en forma clara el tipo de intervención practicada al paciente y la fecha, de acuerdo a la Clasificación de Operaciones Quirúrgicas y otros procedimientos terapéuticos (CIE9-MC).

VI. PARTO

- Marcar con una "X" si el embarazo fue menor o mayor e igual a 37 semanas.
- **Tipo de parto:** Marcar con una "X", para identificar si el parto fue por cesárea o parto vaginal.
- **Si fue Cesárea:** Deberá marcar con una "X" si es una cesárea de primera vez o subsecuente.

VII. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

- En este apartado se documentarán los datos de hasta 4 recién nacidos, uno por cada fila.
- **Sexo:** Marcar con una "X" el sexo del recién nacido: Femenino, Masculino o Indeterminado (aplica únicamente a los neonatos con genitales ambiguos).
- **Nacido vivo o nacido muerto:** Marcar con una "X" la condición del nacimiento del niño o niña.
- **Normal o Prematuro:** Marcar con una "X" según el detalle siguiente:
 - * Normal si el nacimiento ocurre a las 37 o más semanas de gestación.
 - * Prematuro si el nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación.
- **Edad gestacional según Ballard:** Ubicar en números la edad gestacional según evaluación clínica y neurológica.
- **Peso al nacer:** Marcar con una "X" si el peso del recién nacido es menor o mayor de 2500 gramos.

Observaciones

El médico o personal de enfermería, deberá colocar las observaciones que se consideren necesarias.

Médico que autoriza el alta

Deberá colocar su nombre, firma y sello al momento de conceder el alta al paciente.



ISSS

Gerencia de Salud



- Formulario "Remisión de Cadáveres" C. SAFISSS 130100387 (Código anterior Form. M-70015).

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS
REMISION DE CADAVERES

(Unidad Asistencial)

(Fecha)

(No. Expediente)

[Apellido Paterno, Materno Nombres] _____ (Edad) ☐ M ☐ F ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D ☐ A
(Sexo) (Estado Civil)

(Nacionalidad)

(Lugar de Nacimiento)

(Domicilio)

(Nombre del Padre)

(Nombre de la Madre)

Fecha de hora de defunción _____

Diagnóstico Clínico _____

Necesita autopsia _____

Diagnóstico final _____

Vo. Bo. _____ Form. M-70015

(Nombre del Médico)

(Firma)

- Formulario "Certificado de Nacido Muerto" (C. Form. 522419-062-04-24).

FORM: 522419-062-04-24

Libro No. _____		CERTIFICADO DE NACIDO MUERTO		Partida No. _____
N A C I D O M U E R T O	1. Nombre completo del nacido/a muerto:		8. Clase de parto: Único 1 <input type="checkbox"/> Triple 3 <input type="checkbox"/> Gemelo 2 <input type="checkbox"/> Cuádruple o más 4 <input type="checkbox"/>	
	2. Lugar del parto: Departamento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Municipio: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cantón: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		9. Tipo de Parto: Vaginal: 1 <input type="checkbox"/> Cesárea: 2 <input type="checkbox"/>	
	3. Fecha del parto: Hora _____ Día _____ Mes _____ Año _____		10. Causa de muerte: a) _____ Enfermedad o afección principal del feto o del recién nacido b) _____ Otras enfermedad o afecciones del feto o del recién nacido c) _____ Enfermedades o afección principal de la madre que afectan al feto o al niño d) _____ Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto o al niño	
	4. Sexo: Femenino: 2 <input type="checkbox"/> Masculino: 1 <input type="checkbox"/> Indeterminado: 3 <input type="checkbox"/> 5. Peso al nacer: _____ Gramos			
D E L A M A D R E	6. Taille al nacer: _____ Centímetros		7. Duración del embarazo: _____ Semanas de Gestación	
	11. Nombre completo de la madre:		12. Edad: _____	
	13. Local del parto: Hospital nacional: 1 <input type="checkbox"/> Unidad de Salud: 2 <input type="checkbox"/> Hospital o clínica privada: 3 <input type="checkbox"/> Casa de habitación: 4 <input type="checkbox"/> Otro: 5 <input type="checkbox"/> Especifique _____		17. Ocupación actual: _____	
	14. Nombre del asistente: Médico/a: 1 <input type="checkbox"/> Enfermero/a: 2 <input type="checkbox"/> Partera: 3 <input type="checkbox"/> Otro: 4 <input type="checkbox"/> 15. Estado conyugal: Soltero/a: 1 <input type="checkbox"/> Acompañado/a: 2 <input type="checkbox"/> Casado/a: 3 <input type="checkbox"/> Viudo/a: 4 <input type="checkbox"/> Separado/a: 5 <input type="checkbox"/> Divorciado/a: 6 <input type="checkbox"/> Ignorado/a: 7 <input type="checkbox"/>		18. Lugar de residencia actual: Departamento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Área: Municipio: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urbana: 1 <input type="checkbox"/> Cantón: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rural: 2 <input type="checkbox"/>	
P A - D R E	16. Sabe leer y escribir: Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>		19. Número de hijos/as: Cuántos hijos/as están vivos: _____ Cuántos nacidos vivos/as han muerto: _____ Cuántos nacieron muertos/as incluyendo este: _____	
	20. Número de hijos/as en este parto múltiple: Cuántos hijos/as nacieron en este parto: _____ Cuántos nacieron vivos/as: _____ Cuántos nacieron muertos/as: _____			
O T R O	21. Nombre completo del padre:		22. Edad: _____	
	23. Sabe leer y escribir: Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>		24. Ocupación actual: _____	
25. Fecha de registro:		26. Firma y Sello Médico/a responsable:		27. Nombre, firma y sello del Registrador/a del Estado Familiar:

- Formulario "Boleta de Entrega de Feto en Muerte Fetal Intrauterina, menores de 500 gramos" (C. Form. 522419-063-04-24).



Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Gerencia de Salud

Boleta de entrega de feto en muerte fetal intrauterina, menores de 500 gramos

Fecha: _____

Nombre de la madre _____ Calidad A ☐ B ☐

Edad: _____ N° De Afiliación _____ DUI _____

Sexo De Bebe: Masculino ☐ Femenino ☐ Indefinido ☐

Peso _____ Talla _____

Diagnostico _____

Nombre Del Padre _____ Edad _____ DUI _____

Dirección _____

Nombre del médico que atendió el parto: _____

Firma _____ Servicio _____

Enfermera encargada del servicio _____ firma _____

Nombre de la persona que retira el cuerpo _____

DUI _____ Firma _____ fecha y hora _____

Sello de servicio: _____

FORM: 522419-063-04-24



ISSS

Gerencia de Salud



- Formulario "Vale de Consumo" (C. Form. 510401-02-01-04).



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL VALE DE CONSUMO

Para usar en:				
CODIGO	NOMBRE DEL PRODUCTO	Presentación	Cantidad Solicitada	Cantidad Despachada
NOMBRE		FIRMA		FECHA
Solicitó				
Autorizó				
Recibió				

C.B. 103-202 Form. 510401-02-01-04
103-202

B. Anexo 2: Personal que participó en actualización del documento

Equipo técnico coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
		Sección Normalización
		Sección Normalización
		Sección Normalización
Dra. Silvia Guadalupe Mendoza	Jefatura de Sección	Sección Normalización


Equipo que revisó y validó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Jorge Alberto Hernández G.	Jefe Médico Departamento de Emergencia	Hospital Médico quirúrgico y Oncológico
Susana Verónica Marroquín Lara	Jefatura de Enfermería	Hospital Médico quirúrgico y Oncológico
		Hospital General
Roxana Elizabeth Guillen de Figueroa	Jefe de Departamento de Enfermería	Hospital General
		Hospital General
Lenin Vladimir Argueta	Jefe de Admisión y Registros	Hospital General
Esaú Monterroza	Jefe de Servicios Generales	Hospital General
Evert Humberto Guzmán Soriano	Jefatura de Admisión y Registros	Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Myriam Patricia Rivas de Menjivar	Jefe de Enfermería	Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Ernesto B. Vides Méndez	Jefe Médico Servicio de Sala de Operaciones	Hospital Policlínico Roma
Noemy Linares de Laguán	Jefatura de Enfermeras	Hospital Policlínico Roma
		Hospital Policlínico Roma
Josefina Minero Baldovinos	Jefe Médico de Emergencia	Hospital Regional Sonsonate
Wilfredo Martínez	Jefe Admisión y Registros médicos	Hospital Regional Sonsonate



NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Aracely Martínez de Orellana	Jefe de Servicios Generales	Hospital Regional Sonsonate
Josué Isaías Flores	Jefe Médico Servicio de Medicina Interna	Hospital Amatepec
		Gestión de Calidad de Servicios Médicos y Odontológicos
		Gestión de Calidad de Servicios Médicos y Odontológicos
		Hospital Amatepec
Rosa Idalia López de Jacobo	Jefe de Archivo Clínico	Hospital Amatepec
Dra. Mirian Ivonne Umaña de Flores	Directora	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria, La Ceiba
		Sección Atención Hospitalaria
Dra. Hilda Morales Chacón	Jefa de Sección Atención Hospitalaria	Departamento de Redes Integradas de Salud
Lcda. Silvia Carolina Oviedo	Jefa Sección Trabajo Social	Departamento Servicios Administrativos de Salud

X. Registro de actualización del documento

 ISSS		Norma Técnica y Administrativa de Cadáveres y Piezas Anatómicas en los Centros de Atención del ISSS		NTAS-007
Modificaciones				
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado	
0.0	Febrero 2008	Norma para el manejo de cadáveres y piezas anatómicas en el ISSS	Dr. Nelson Nolasco Perla	
1.0	Marzo 2025	Actualización de documento, dejando sin efecto la "Norma para el Manejo de Cadáveres y Piezas Anatómicas en el ISSS (febrero 2008). Adenda # 1. 0306-2021, "Norma para el Manejo de Cadáveres y Piezas Anatómicas en el ISSS (febrero 2008) y el Manual de Proceso Manejar y Entregar Cadáveres y Piezas Anatómicas (abril 2022).	Dra. Mónica Ayala	

XI. Registro de Adendas



Norma Técnica y Administrativa de cadáveres y piezas
anatómicas en los centros de atención del ISSS

NTAS-007

Adenda

# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			