



ANEXO 5
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REGULACION
GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER Y NIÑEZ
REGISTRO DE DEFUNCIONES PERINATALES, INFANTILES Y DE LA NIÑEZ

PROVINCIAS		Defunción No.					
Nombre del SIBASI: <input type="text"/>		Código: <input type="text"/>		Nombre del establecimiento que notificó: <input type="text"/>		Código: <input type="text"/>	
Nombre del fallecido:							
No. de expediente: <input type="text"/>		Semana epidemiológica: <input type="text"/>		Fecha ocurrencia de la muerte	Día	Mes	Año
Tipo de defunción:		Lugar de ocurrencia de la muerte:		Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
1 = Nacido muerto 2 = Menor de 8 días 3 = de 8 días a 28 días 4 = de 29 días a 364 días 5 = de 1 año hasta 9 años 364 días		1 = MSPAS 2 = ISSS 3 = Privado 4 = Casa 5 = Otro		Dirección completa del fallecido:			
				Municipio:		Código:	
				Departamento:		Código:	
Si falleció en establecimiento de salud del MSPAS, ISSS o Privado, anotar nombre del establecimiento: <input type="text"/>				Código: <input type="text"/>		Area de residencia:	
Edad del fallecido: <input type="text"/>		Peso al morir		Kilogramos		1 = Urbana 2 = Rural 3 = No dato	
Sexo: 1 = Masculino 2 = Femenino 3 = Ambiguo				País: 1 = El Salvador 2 = Otro			
Causas de defunción:							
A. Causa final de la muerte						Código CIE-10 <input type="text"/>	
B. Causa antecedente						Código CIE-10 <input type="text"/>	
C. Causa antecedente						Código CIE-10 <input type="text"/>	
D. Causa <input type="text"/> de la muerte						Código CIE-10 <input type="text"/>	
MUERTES FETALES							
Nombre del establecimiento donde nació: <input type="text"/>						Código: <input type="text"/>	
Enfermedad de la madre que afectó al recién nacido: <input type="text"/>							
Fórmula obstétrica: G P P A V		Tipo de parto:		1 = Vaginal 2 = Cesárea		Edad gestacional Semanas	
Talla al nacer <input type="text"/>		Peso al nacer <input type="text"/>		Kilogramos		Madre llevó control prenatal: 1 = Sí 2 = No 3 = No dato	
Si llevó control prenatal, anotar cuantos: <input type="text"/>				Nombre del establecimiento donde llevó el control prenatal: <input type="text"/>		Edad materna años <input type="text"/>	
MUERTES NEONATALES							
Nombre del establecimiento donde nació: <input type="text"/>						Código: <input type="text"/>	
Persona que atendió el parto: 1 = Médico 2 = Enfermera 3 = Auxiliar 4 = Partera 5 = Promotor de salud 6 = Sola 7 = Otra persona 8 = No dato							
Lugar del parto: 1 = Establecimiento MSPAS 2 = ISSS 3 = Privado 4 = Casa 5 = Otro lugar 6 = No dato							
Edad gestacional Semanas <input type="text"/>		Talla al nacer <input type="text"/>		Peso al nacer <input type="text"/>		Kilogramos <input type="text"/>	
Tipo de parto: 1 = Vaginal 2 = Cesárea		Necesitó reanimación al nacer:		1 = Sí 2 = No 3 = No dato			
Madre llevó control prenatal: 1 = Sí 2 = No 3 = No dato				Si llevó control prenatal, anotar cuantos: <input type="text"/>		Edad materna <input type="text"/>	
Fórmula obstétrica: G P P A V		Infección nosocomial: 1 = Sí 2 = No 3 = No dato					
MUERTES NEONATALES, INFANTILES Y DE LA NIÑEZ							
Control de crecimiento y desarrollo del niño (a): 1 = Sí 2 = No 3 = No dato							
Estado nutricional: 1 = Normal 2 = Desnutrición leve 3 = Desnutrición moderada 4 = Desnutrición severa							
Consultó previamente por esta enfermedad en algún establecimiento de salud: 1 = Sí 2 = No 3 = No dato							
Recibió etnoprácticas: 1 = Sí 2 = No 3 = No dato							

Nombre, Firma y cargo del Médico responsable del llenado

Vo. Bo. Director del Establecimiento

Director Región SIBASI