

## FICHA DE AUTOPSIA VERBAL

### DATOS GENERALES

Establecimiento Notificante: ..... Semana Not.....

Nº de grupo de etnia:..... Detalle de etnia:..... Procedencia Habitual:.....

1. Fecha de entrevista:.....
2. Dirección de vivienda:.....
  - Localidad/Asentamiento Humano:.....
  - Distrito:.....
3. Nombre del informante:.....
4. Parentesco con el fallecido:.....
5. Número de personas que habitan la vivienda:.....

### DATOS DEL FALLECIDO

6. ....  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres

7. Edad al fallecer:..... DNI: .....

8. Sexo:                      M                                      F

9. Lugar de nacimiento:  
.....  
Región                                      Provincia                                      Distrito

10. Lugar de residencia habitual (en el último año):  
.....  
Región                                      Provincia                                      Distrito                                      Localidad/Caserío

### PESQUISA DE LA CAUSA DE LA MUERTE

11. Fecha de deceso:..... Semana:.....

12. Causa de muerte atribuida por el informante:.....

13. Tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y la muerte:

Años:..... meses:..... semanas:..... días:..... hrs:.....

14. Antecedentes patológicos (enfermedades crónicas):  
.....  
.....

15. Estado vacunal (grupos priorizados: menores de 5 años, portadores de enfermedades crónicas)  
verificar cumplimiento de calendario de vacunación:  
.....  
.....

16. Síntomas presentados poco antes de morir (en orden de aparición, si es posible precisar el tiempo transcurrido entre ellos):  
.....  
.....

17. Signos observados poco antes de morir (en orden de aparición, si es posible precisando tiempo transcurrido entre ellos):  
.....  
.....

18. Causa de muerte atribuida por el entrevistador:.....

**PESQUISA DEL PROCESO DE ATENCION**

19. Lugar al que acudió en busca de atención:
- |              |                      |                           |
|--------------|----------------------|---------------------------|
| 1. Farmacia  | 2. Centro de Salud   | 3. Puesto de Salud        |
| 4. EsSALUD   | 5. Hospital          | 6. Consultorio Particular |
| 7. Sanitario | 8. Promotor de salud | 9. Ninguno                |
10. Otros (especifique):.....
20. Si no buscó atención; Marque con una X las alternativas propuestas:
- ( ) Falta de recursos económicos
  - ( ) Desinformación acerca del servicio en el establecimiento de salud
  - ( ) Inaccesibilidad del establecimiento de Salud (distancia aprox.:.....)
  - ( ) Mala atención en el establecimiento de salud
  - ( ) Otros (especifique).....
21. Cuanto tiempo transcurrió entre el inicio de la enfermedad y la búsqueda de la atención
- Meses:.....Semanas:.....Días:.....Horas:.....
22. Si fue atendido en algún establecimiento de salud; Cuantas horas permaneció en dicho establecimiento?:.....
23. Persona que brindo la primera atención:
- |                 |                                   |
|-----------------|-----------------------------------|
| 1. Médico       | 2. Profesional de salud no médico |
| 3. Farmacéutico | 4. Técnico de Enfermería          |
| 5. Sanitario    | 6. Curandero                      |
| 7. Familiar     | 8. Otro:.....                     |
24. El paciente fue referido de algún establecimiento de Salud?
- a. Si (indicar de que establecimiento) b. No
- .....
25. El paciente recibió algún tratamiento previo a la atención actual?. Indicar el tipo de tratamiento y cuantos días:
- .....
26. Exámenes auxiliares:
- .....
27. Tiempo transcurrido entre en ingreso del paciente al establecimiento y su atención:
- .....
28. Condición de ingreso:
- |                        |                          |                  |
|------------------------|--------------------------|------------------|
| 1. ABG y LOTEPE        | 2. AREG y LOTEPE         | 3. AMEG y LOTEPE |
| 4. AMEG e inconsciente | 5. Convulsiones y/o coma | 6. Fallecido     |
29. Tratamiento que recibió el paciente:
- En casa:.....
- En establecimiento:.....
30. Evolución:.....
31. Causa de muerte atribuida por el que atendió:
- .....
32. Se expidió Certificado de Defunción? a. Sí b. NO
- Si es SÍ:
- Causa básica:.....
- Causa intermedia:.....
- Causa final:.....
33. Lugar donde enterró el cadáver:
- .....
34. Nombre de la Persona que Investiga el Caso:
- .....

**Leyenda:**

ABEG: Aparente buen estado general  
AREG: Aparente regular estado general  
AMEG: Aparente mal estado general  
LOTEPE: Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona