





6.2. ¿ DE QUE ENFERMEDAD LE DIJERON A USTED QUE MURIÓ ? \_\_\_\_\_

---

---

---

6.3. POR FAVOR DÍGAME USTED LA FECHA Y HORA EN QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMA LA SEÑORA HASTA QUE MURIO. pero le solicito que nos diga en orden de horas / cronológico como fue agravándose la señora

6.4 POR FAVOR DIGAME PORQUE NO LA LLEVARON INMEDIATAMENTE AL CENTRO DE SALUD U HOSPITAL MAS CERCANO.

6.5 TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE LA SEÑORA INICIO A ESTAR ENFERMA HASTA QUE ACUDIO A SOLICITAR LA ATENCIÓN DEL MEDICO INSTITUCIONAL \_\_\_\_\_ ENFERMERA \_\_\_\_\_ MEDICO PRIVADO \_\_\_\_\_.- PARTERA TRADICIONAL \_\_\_\_\_

- |                         |     |                           |     |
|-------------------------|-----|---------------------------|-----|
| 6.5.1 INMEDIATAMENTE    | ( ) | 6.5.5 ENTRE 12 - 24 HORAS | ( ) |
| 6.5.2 ENTRE - 3 HORAS   | ( ) | 6.5.6 ENTRE 24 - 48 HORAS | ( ) |
| 6.5.3 ENTRE 3 - 6 HORAS | ( ) | 6.5.7 MAS DE 48 HORAS     | ( ) |
| 6.5.4 ENTRE 7 12 HORAS  |     |                           |     |

SI ACUDIO CON LA PARTERA REGISTRAR EL NOMBRE COMPLETO Y DOMICILIO DE LA PARTERA \_\_\_\_\_

**6.6 ATENCIÓN CON LA PARTERA.**

- ¿ CUANTO TIEMPO PERMANECIO BAJO EL CUIDADO DE LA PARTERA ?
- |                       |     |                        |     |
|-----------------------|-----|------------------------|-----|
| 6.6.1 MENOS DE 1 HORA | ( ) | 6.6.5 DE 13 A 24 HORAS | ( ) |
| 6.6.2 DE 2 A 3 HORAS  | ( ) | 6.6.6 DE 24 A 48 HORAS | ( ) |
| 6.6.3 DE 4 A 6 HORAS  | ( ) | 6.6.7 MAS DE 48 HORAS  | ( ) |
| 6.6.4 6 A 12 HORAS    |     |                        |     |

A CONTINUACIÓN HAGA UNA RESEÑA CLINICA DE LA COLOCACIÓN DE LA PACIENTE, MANIOBRAS QUE LE PRACTICAN Y QUE MEDICAMENTOS UTILIZÓ O REMEDIOS. ( EN CASO NECESARIO USAR UNA HOJA ANEXA ).

### 6.7 CAUSAS O MOTIVOS DE LA NO DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA E ISOCRONA

¿ME PODRIA USTED DECIR CUALES FUERON LOS MOTIVOS O RAZONES POR LAS CUALES NO ACUDIO INMEDIATAMENTE U OPORTUNAMENTE A SOLICITAR LA ATENCIÓN MEDICA A LA UNIDAD MAS CERCANA?

- 6.7.1 FALTA DE DINERO ( ) 6.7.4 POR NO SABER A DONDE ACUDIR ( )  
6.7.2 FALTA DE UN VEHÍCULO ( ) 6.7.5 POR NO CONSIDERAR GRAVE A LA SEÑORA. ( )  
6.7.3 POR NO CREERLO IMPORTANTE ( ) 6.7.7 OTRO \_\_\_\_\_ ( )  
especificar

6.7.9 ¿ CONOCE USTED CUAL ES EL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO A SU DOMICILIO ?  
6.7.9.1 SI ( ) 6.7.9.2 NO ( )

6.8 ¿ A CUANTO TIEMPO ESTA ESTA LA UNIDAD DE SALUD DE SU DOMICILIO ? \_\_\_\_\_

- 6.8.1 A PIE ( )  
6.8.2 EN AUTO / CARRO ( )  
6.8.3 EN BESTIA ( )  
6.8.4 OTRO \_\_\_\_\_ especificar

¿ SABE USTED QUE HOSPITAL ES EL MAS CERCANO A SU DOMICILIO ?

6.8.5 SI ( ) 6.8.7. NO ( )

6.8.6. REGISTRAR EL NOMBRE DEL HOSPITAL \_\_\_\_\_  
¿ A CUANTO TIEMPO ESTA DE SU DOMICILIO, ESTE HOSPITAL ? \_\_\_\_\_

- 6.8.8 A PIE ( )  
6.8.9 EN AUTO / CARRO ( )  
6.8.10 EN BESTIA ( )  
6.8.11 OTRO \_\_\_\_\_ especificar

6.9 ACCIDENTE O VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

¿ ME PODRÍA USTED DECIR SI LA SEÑORA SE CAYÓ EN EL TRANCURSO DE LA ULTIMA QUINCENA DEL EMBARAZO O ANTES DEL PARTO O DE QUE FALLECIERÀ ?

6.9.1 SI ( ) 6.9.2 NO ( )

¿ ME PUEDE USTED DECIR QUE PARTE DEL CUERPO SE GOLPEO ?

- 6.9.3 CABEZA ( ) 6.9.7 BRAZOS ( )  
6.9.2 ESPALDA ( ) 6.9.8 PIERNAS ( )  
6.9.3 PECHO ( ) 6.9.9 OTRA PARTE ( )  
6.9.4 ABDOMEN/PANZA/IENTRE ( )

6.9 ¿ ME PUEDE USTED DECIR SI EN LA ULTIMA QUINCENA ANTES DE FALLECER LA SEÑORA FUE GOLPEADA POR SU ESPOSO U OTRO FAMILIAR ?

- 6.9.10 SI ( ) 6.9.11 NO ( )

¿ LA GOLPEARON EN EL VIENTRE ?

- 6.9.12 SI ( ) 6.9.13 NO ( )

6. SITIO Y ESTADO GRÁVIDO - PUERPERAL EN QUE OCURRIO LA MUERTE

- 7.1 SITIO DONDE OCURRIO EL FALLECIMIENTO  
7.1.1 DOMICILIO DE LA FALLECIDA ( ) 7.1.2 DOMCILIO PARTERA ( )  
7.1.3 UNIDAD MEDICA PRIVADA ( ) 7.1.4 UNIDAD DE SALUD ( )  
7.1.5 TRASLADO ( ) 7.1.6 OTRO: \_\_\_\_\_ ( )  
especificar

7.2 EL FALLECIMIENTO OCURRIO DURANTE

- 7.2.1 EMBARAZO ( ) 7.2.2 PARTO NORMAL ( )  
7.2.3 PARTO DISTOCICO ( ) 7.2.4 POSTPARTO ( )  
7.2.4 CESÁREA ( ) 7.2.6 POSTCESÁREA ( )  
7.2.7 ABORTO ( ) 7.2.8 POSTABORTO ( )

7. NECROPSIA ( AUTOPSIA O ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO )

8.1 ¿ SE REALIZO NECROPSIA ?

- 8.1.1 SI ( ) 8.1.2 NO ( )

8.1 ¿ PODRIA USTED DECIR ALGUNO DE LOS DATOS O RESULTADOS DE LA AUTOPSIA ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. EMBARAZO ACTUAL

9.1 EDAD DEL EMBARAZO EN MESES \_\_\_\_\_

9.2 LA FALLECIDA TUVO CONTROL PRENATAL:

- 9.2.1 SI ( ) POR QUE NO ACUDIA A CONTROL 9.2.2 NO ( )

9.2.3 SE IGNORA ( )



11. PARTO
- 12.1 TIPO DE PARTO ( ) 12.1.2 COMPLICADO ( )  
 12.1.1 NORMAL ( )
- 12.2 EN CASO DE PARTO COMPLICADO, LA RESOLUCIÓN FUE POR: ( )  
 12.2.1 CESAREA ( ) 12.2.2 USO DE FÓRCEPS ( )  
 12.2.3 OTRO ( ) Especificar \_\_\_\_\_
- 12.3 TIPO DE NACIMIENTO ( ) 12.3.2 GEMELAR ( )  
 12.3.1 ÚNICO ( ) 12.3.3 SE DESCONOCE ( )  
 12.3.3 MÚLTIPLE ( )
- 12.4 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 DÍA MES AÑO
- 12.5 SITIO O LUGAR DONDE SE ATENDIO EL PARTO:
- 12.5.1 DOMICILIO DE LA PARTURIENTA ( ) 12.5.2 DOMICILIO DE LA PARTERA ( )  
 12.5.3 UNIDAD MEDICA PRIVADA ( ) 12.5.4 UNIDAD DE SALUD ( )  
 12.5.5 POSADA DE NACIMIENTO ( ) 12.5.6 TRASLADO ( )  
 12.5.7 OTRO ( ) Especificar \_\_\_\_\_
- 12.6 EL PARTO FUE ATENDIDO POR
- 12.6.1 MEDICO ESPECIALISTA ( ) 12.6.2 MEDICO GENERAL ( )  
 12.6.3 MEDICO PASANTE ( ) 12.6.4 ENFERMERA ( )  
 12.6.5 AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ) 12.6.6 PART. TRAD. CAPACITADA ( )  
 12.6.7 PART. TRAD. NO CAPACITADA ( ) 12.6.8 OTRA PERSONA DE SALUD ( )  
 12.6.9 FAMILIAR ( ) 12.6.10 LA MISMA PUERPERIA ( )  
 12.6.11 SE IGNORA ( ) 12.6.12 OTRO \_\_\_\_\_ ( )  
 especificar
- 12.7 EL PARTO FUE ( ) 12.7.2 INDUCIDO ( )  
 12.7.1 ESPONTÁNEO ( )  
 12.7.3 SE IGNORA ( )
- 12.8 CUANTO TIEMPO DURO EL TRABAJO DE PARTO \_\_\_\_\_ HORAS
- 12.9 ¿ SABE USTED, SI HUBO COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO ?  
 12.9.1 SI ( ) 12.9.2 NO ( )  
 En caso afirmativo, mencione cuales: \_\_\_\_\_

12.10 SI SE REALIZO OPERACIÓN CESAREA PODRIA DESCRIBIR CUAL FUE LA INDICACIÓN PARA REALIZARLA \_\_\_\_\_

**12. ABORTO**

13.1 SI LA FALLECIDA TUVO UN ABORTO, SABE SI ESTE FUE:

13.1.1 ESPONTÁNEO ( ) 13.1.2 INDUCIDO ( )

13.1.3 SE IGNORA ( )

13.2 EN QUE MESES DEL EMBARAZO OCURRIÒ EL ABORTO \_\_\_\_\_

**13.3 DURANTE O DESPUÉS DEL ABORTO HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN**

13.3.1 SI ( ) 13.1.2 NO ( )

13.3.3 SE IGNORA ( )

13.4 EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUAL O CUALES \_\_\_\_\_

**13. PUERPERIO ( CUARENTENA )**

14.1.1 DURANTE EL PUERPERIO HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN.

14.1.1 SI ( ) 14.1.2 NO (✓)

14.1.3 SE IGNORA ( )

14.1.2 EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁL O CUÁLES:

14.2.1 CRISIS CONSULTIVAS ( ) 14.2.2 INFECCIÓN ( )

14.2.3 HEMORRAGIA ( ) 14.2.4 OTRAS ( )

Especificar \_\_\_\_\_

**14. ATENCIÓN EN HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD**

NOMBRE DEL HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD EN DONDE SE ATENDIÒ:

15.1.1 SI ( ) 15.1.2 NO ( )

15.1.3 SE IGNORA ( )

15.1.1 EN CASO AFIRMATIVO ESTA FUE DURANTE:

15.1.1.1 EMBARAZO ( ) 15.1.1.2 PARTO ( )

15.1.1.3 CESAREA ( ) 15.1.1.4 PUERPERIO (CUARENTENA) ( )

15.1.1.5 ABORTO ( )

DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA \_\_\_\_\_

15.2 ¿ LA FALLECIDA ESTUVO HOSPITALIZADA ?

15.2.1 SI ( ) 15.2.2 NO ( )

15.2.3 SE IGNORA ( )

15.2.1 EN CASO AFIRMATIVO ESTO FUE DURANTE

15.2.2.1 EMBARAZO ( ) 15.2.2.2 PARTO ( )

15.2.2.3 CESAREA ( ) 15.2.2.4 PUERPERIO ( )

15.2.2.5 ABORTO ( )

DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA \_\_\_\_\_