



FORMULARIO DE DENUNCIA INMEDIATA DE CASOS DE MUERTES DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
(de 15 a 49 años)

I. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Nombre/s y Apellido/s (de soltera- completos)
.....

Documento de Identidad:.....

Domicilio (lugar de residencia habitual)

Municipio:.....

Estado Civil **Estudios Alcanzados:**

Cobertura familiar de atención:

Obra Social 1 Plan Privado o Mutual 2 Ambos 3 Ninguno 4 Plan Social 5

Desconocido 9

II. DATOS SOBRE LA ATENCIÓN DE LA ÚLTIMA ENFERMEDAD

Fecha de la Muerte: ___/___/___ (dd/mm/aa) **Edad a la muerte:** años

Lugar de la defunción

Institución Pública Código del Establecimiento

Institución Privada Nombre
Dirección.....Municipio

En Traslado Otro Lugar (especificar)

Se desconoce

Estuvo embarazada en el último año SI NO

(* Responder si la respuesta es SI)

Momento de la Muerte (*)

Embarazo. (Edad Gestacional en semanas)

Parto. (Edad Gestacional en semanas)

Puerperio. (Edad Gestacional al parto, en semanas)... Tiempo de puerperio (En días)

Ultimo episodio

Tuvo atención médica durante la enfermedad que condujo a la muerte? SI NO

Fecha y hora del inicio de trabajo de parto / signo sintomatología ___/___/___ (dd/mm/aa) ____ Hs

Fecha y hora de la consulta ___/___/___ (dd/mm/aa) ____ Hs

Fecha y hora de ingreso a la institución ___/___/___ (dd/mm/aa) ____ Hs

Fecha y hora del nacimiento / evacuación uterina (*) ___/___/___ (dd/mm/aa) ____ Hs

Fecha y hora de la defunción ___/___/___ (dd/mm/aa) ____ Hs

