

ANEXO 8 MODIFICADO

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
Sistema Epidemiológico y Estadístico de la Defunción



REPORTE DE CAUSAS DE MUERTE SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

I.-DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Folio del certificado de defunción: 150673076

Nombre del fallecido: HERNANDEZ CRUZ LUIS TADEO
 Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ No especificado

Edad: 2 3 3 3
 Años Meses Dias Horas

Lugar de residencia habitual: EBANO S.L.P.
 Municipio Entidad

Lugar donde ocurrió la defunción: TAMUIN
 Municipio Entidad

Fecha de la defunción: 11/02/2015
 Dia Mes Año

Certificada por: ☐ Médico Tratante ☐ Otro médico ☐ Médico legista ☐ Otro

Nombre del certificador: _____

Derechohabencia: SEG.POPULAR

2.-CAUSAS DE MUERTE

(DICE)

I Causas	Intervalo	Clave CIE-10
a) FALLA ORGANICA MULTIPLE	3 HRAS	
b) SEPSIS	5 HRAS	
c) PB NEUMONIA	2 SEMANAS	
d)		
II.-		
Causas sujetas a vigilancia epidemiológica:		Clave CIE-10

3.-CAUSAS DE MUERTE

(DEBE DECIR)

I Causas	Intervalo	Clave CIE-10	Causa Básica
a) NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACION DE ALIMENTO O V	hrs	J690	
b) CONVULSIONES FEBRILES	hrs	R560	
		J15	
II.-			

4.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA

Resultado	Si	Causa	Clave CIE-10
Ratificadas	<input type="radio"/>		
Rectificadas	<input checked="" type="radio"/>		
Causa Básica después de la investigación:		<u>DEFUNCION EN MENOR DE 5 AÑOS</u>	
Fechas: Recolección:	<u>19/02/2015</u>	Inicio del Estudio:	<u>19/02/2015</u>
	dia/mes/año		dia/mes/año
Reporte a INEGI/SS:		Conclusión:	<u>25/02/2015</u>
			dia/mes/año
Observaciones:	<u>de acuerdo a la autopsia verbal y resúmenes clínicos se integra diagnósticos finales</u>		
Nombre del responsable de la investigación:	<u>DR. CHRISTIAN AUSTRIA BALDERAS</u>		
Cargo:	<u>RESPONSABLE EPIDEMIOLOGIA</u>	Firma:	

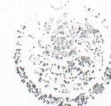
4.-DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

Tipo de documento: _____ Núm. de paquete: _____ Núm. Acta: _____ Folio de captura: _____

Nombre del codificador: _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

OTRA VARIABLE NUM.
DICE

OTRA VARIABLE NUM.
DICE



EBANO, SAN LUIS POTOSÍ A 11 DE FEBRERO DE 2015 7:15 HORAS

PACIENTE: LUIS HERNÁNDEZ CRUZ

EDAD: 2 AÑOS

RESUMEN CLINICO:

SE RECIBE EN SALA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL BASICO COMUNITARIO A LAS 6:59 HORAS A LACTANTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD TRAI DO POR SU MADRE, EN ESTADO POSTICTAL, REFIERE CRISIS CONVULSIVA TÓNICO-CLÓNICO GENERALIZADA EN SU HOGAR EN EJIDO 20 DE NOVIEMBRE, MUNICIPIO DE ÉBANO, SAN LUIS POTOSÍ.

AL INTERROGATORIO LA MADRE NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, URINARIOS, EVACUACIONES NORMALES, SIN EMBARGO REFIERE LE HA ADMINISTRADO MEDICAMENTOS NO ESPECIFICADOS INDICADOS POR MÉDICO EN MEDIO PRIVADO.

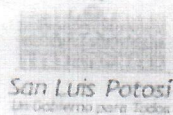
A SU LLEGADA A URGENCIAS SE RECIBE CON GLASGOW DE 12 PUNTOS, AFEBRIL, TEMPERATURA DDE 36,5, TAQUICARDICO FRECUENCIA CARCIADA:135X', POLIPNEICO FRECUENCIA RESPIRATORIA:34X', CON PALIDEZ DE PIEL Y TEGUMENTOS, CON CIANOSIS PERIBUCAL, PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREFLEXICAS, NISTAGMUS, FARINGE Y OTOSCOPIA NORMALES, NARINAS PERMEABLES, CUELLO SIN RIGIDEZ, POLIPNEICO, CAMPOS PULMONARES CON RUDEZA RESPIRATORIA, PRECORDIO RITMICO, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO HEPATO NI ESPLENOMEGALIA, PERISTALSIS NORMAL, GENITALES NORMALES, EXTREMIDADES ESPASTICAS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, PULSOSNORMALES.

SE INICIA MANEJO DESDE SU LLEGADA CON OXIGENO POR PUNTAS NAALES Y SE CANALIZA PARA MANTENER VIA PERMEABLE, PRESENTANDO NUEVA CRISIS CONVULSIVA A LAS 7:00 HORAS LA CUAL SE YUGULA CON DIAZEPAM 4 MG IV DOSIS UNICA, POSTERIORMENTE SE IMPREGNA CON DIFENILHIDANTOINA 165MG IV EN 50M ML DE SOLUCION SALINA PARA UNA HORA EN DOSIS UNICA (A 15 MG/KG), SE DEJA EN OBSERVACIÓN PARA ESTABILIZARLO Y POSTERIORMENTE NORMAR CONDUCTA A SEGUIR.

IDX. CRISIS CONVULSIVAS EN ESTUDIO

DR. JORGE HUMBERTO LÓPEZ LEIJA

4387547



Servicios de
Salud

HOSPITAL BÁSICO
COMUNITARIO DE ÉBANO
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Privada Paciencia S.N. Col. 18 de Marzo, Ébano, S.L.P.
Tel/Fax: (01-845) 26 3 39 57
CLUES: SPSSA002770

SALUD

AÑO 2014
NUM. FOLIO

N° U503

HOJA DE REFERENCIA

FECHA DE REF.: 11/feb / 2014 No. DE EXP.: _____ SEG. POP.: _____
DOMICILIO DEL PACIENTE: CIUDAD: SAN LUIS POTOSI MUNICIPIO: EBANO
COM./COL.: Ejido 20 de Noviembre CALLE: _____ NUMERO: _____
MOTIVO DEL ENVIO: Valoracion por pediatria TEL: _____
DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL: CRISIS CONVULSIVA/PBLE. NEUMONIA / BRONCOASPIRACION
NOMBRE DEL MEDICO QUE REFIERE: Dr. Victor Antonio Piña Gutierrez

Luis Hernandez URGENCIAS: SI ☒ NO ☐
Cruz
NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
NUMERO DE EXPDIENTE: EDAD: 2 Años SEXO: Femenino

UNIDAD QUE REFIERE: (SPSSA002770) HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE ÉBANO

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: HOSPITAL GENERAL DE VALLES

DOMICILIO: CARR. MEXICO -LAREDO FRACC OXITIPA, CD VALLES SLP

CALLE NUMERO COLONIA

SERVICIO AL QUE SE ENVIA: URGENCIAS / PEDIATRIA

MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO)				T/A	TEMP.	F.R.	F.C.
PESO	TALLA						
11 kg.	m.	/		39 °C	39	185	

paciente masculino el cual acude al servicio de urgencias, presentando datos de crisis convulsiva, tonicoclonica, por lo que es traído al servicio de urgencias, con unico antecedentes de infeccion de vias respiratorias aguda, así mismo se presentan datos de bronco aspiracion, se inicia manejo con menzo diazepam a 4 mg IV dosis unica, posteriormente se maneja con 165 mg de DFH, posteriormente 150 g de paracetamol via rectal, mejorando la temperatura, se brinda apoyo con oxigeno por puntas nasales, al presentar aumento de las secreciones se inicia con nebulizaciones y profilaxis con ceftriaxona e hidroclortizona por prob. neumonitis, por lo que presenta desaturacion a 56 % por lo que se decide aplicacion de tubo endotraqueal, donde se encuentran abundantes secreciones, presentando mejoría de la saturacion pero necesitando apoyo vital avanzado, con uso de adrenalina .5 ml en dos ocasiones y dobutamina 1 amp e 100cc de solucion fisiologicaa pasar en 6 micrigotas, por lo que se refiere a segundo nivel

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:
CRISIS CONVULSIVA/PBLE. NEUMONIA / BRONCOASPIRACION

Dr. Anastasio Gonzalez Chavez

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

Dr. Victor Piña Gutierrez

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA Y URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS

AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCION
POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA

CEDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR

FOLIO

I IDENTIFICACION

ESTADO: SAN LUIS POTOSI

24

JURISDICCION SANITARIA: V

DELEGACION CD. VALLES

ZONA: 013

FECHA DE LA APLICACION: 19/02/2015

REALIZADA POR: ENRIQUE FLORES HERNANDEZ

II DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION; (COPIARLOS)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: LUIS TADEO HERNANDEZ CRUZ

DOMICILIO: CONOCIDO EJIDO 20 DE NOVIEMBRE

CALLE NUMERO COLONIA SECCION O BARRIO

1. LOCALIDAD: EJIDO 20 DE NOVIEMBRE

2. MUNICIPIO: EBANO

3. EDAD 0203

AÑO MESES DIAS

FECHA DE NACIMIENTO:

121112

AÑO MESE DIA (IMSS, ISSSTE, OTROS, NINGUNA, SE IGNORA)

SP

5. SEXO 1

1.-MASCULINO

6. FECHA DE LA MUERTE:

150211

AÑO MES DIA

16

HORA

40

MIN.

2.-FEMENINO

7. CAUSAS DE LA MUERTE REGISTRADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCION.

PARTE I

A FALLA ORGANICA MULTIPLE

B SEPSIS

C PB. NEUMONIA

D

PARTE II

III INSTRUCTIVO PARA EL ENTREVISTADOR

BUENOS DIAS (TARDES). MI NOMBRE ES (INDIQUE SU NOMBRE) Y TRABAJO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ESTAMOS REALIZANDO ENTREVISTAS PARA CONOCER MAS SOBRE LOS NIÑOS QUE HAN MUERTO EN NUESTRO PAIS, CON EL FIN DE EVITAR QUE OTROS NIÑOS LES PASE LO MISMO.

SABEMOS QUE EN ESTA CASA MURIO HACE ALGUN TIEMPO UN NIÑO, POR LO QUE LE SOLICITO SU COOPERACION PARA QUE CONTESTE ALGUNAS PREGUNTAS. LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONE SERA CONFIDENCIAL Y DE MUCHA UTILIDAD PARA SALVAR A OTROS NIÑOS. (PREGUNTE AL ENTREVISTADO SI ACEPTA PARTICIPAR Y EN CASO DE HACERLO INICIE CON LA PREGUNTA 9)

8. SI NO REALIZO ENTREVISTA, ANOTE EL MOTIVO:

IV DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR DE CINCO AÑOS

9. ¿QUE PARENTESCO TENIA USTED CON (MENCIONE NOMBRE DEL NIÑO)
MAMA (JUANA MARIA CRUZ SALDAÑA)

10. EDAD:

11. ¿SABE USTED LEER Y ESCRIBIR? SI ☒ NO ☐

12. ADEMAS DE (NOMBRE DEL NIÑO) ¿ALGUN OTRO DE SUS HIJOS MURIO CUANDO TENIA MENOS DE 5 AÑOS?
SI ☐ NO ☒

13. ¿CUANTO TIEMPO TARDA EN LLEGAR DESDE SU CASA HASTA EL CONSULTORIO O CLINICA MAS CERCANA, POR EL MEDIO DE TRASPORTE HABITUAL?
 DIAS HORAS MIN.

V PADECIMIENTO

14. DIGAME LA FECHA Y HORA EN QUE SU HIJO EMPEZO A ESTAR ENFERMO:

A ULTIMA VEZ QUE ENFERMO DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

AÑO MES DIA

HORA

MIN.

ME PUEDE INDICAR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTO (NOMBRE DEL NIÑO) DESDE QUE EMPEZO A ESTAR HASTA QUE MURIO, Y QUE FUE LO QUE USTED HIZO (PREGUNTE MOLESTIAS, SOLICITUD DE ATENCION Y --- MANEJO DEL CASO HASTA QUE FALLECIO, PERMITQA QUE EL ENTREVISTADO LE INFORME LIBREMENTE, ANOTE LOS TERMINOS QUE LA ENTREVISTADA DIGA).

TODO MI EMBARAZO ESTUVE EN CONTROL PRENATAL EN LA CLINICA DE MADERO TAMAULIPAS, FUE DE TERMINO DE 9 MESES, NUMERO DE EMBARAZO 2DA. GESTA, CON RESOLUCION DE CESAREA, SIN NINGUNA COMPLICACION TENIENDO PRODUCTO UNICO MASCULINO PESANDO 3.600KG Y MIDIO 47 CM. CON FN.EL DIA 27/11/2012.SIN NINGUNA COMPLICACION TANTO DE LA MADRE COMO DEL NIÑO. LLEVANDO EL NIÑO SU CONTROL DE NIÑO SANO EN EL CENTRO DE SALUD DE SU LOCALIDAD.

REFIERE QUE EL DIA 01/02/2015, EL NIÑO EMPIEZA A TENER FLUIDO NASAL, TOS Y VOMITO , LLEVANDOLO A SIMILARES EL CUAL EL MEDICO LE DIO ATENCION Y LE RECETO 4 INYECCIONES DE PENICILINA, AMBROXOL JARABE Y ANTIFLUES. AL NO VER MEJORIA LO LLEVA CON MEDICO PARTICULAR EL DR. AHUMADA EL CUAL LE SUSPENDE EL MEDICAMENTO INYECTABLE Y LE RECETA AMOXICILINA Y LE DA DIAGNOSTICO DE RESFRIADO COMUN Y CON EL MEDICAMENTO AL NIÑO SE LE QUITA TODO MALESTAR ESTANDO SANO, REALIZANDO ACTIVIDADES QUE TODO MENOR HACE.

EL DIA 10/02/2015 LA MADRE DEL NIÑO LO LLEVA CON UNA CURANDERA A BARRER Y LE DICEQUE EL NIÑO ESTA EN PELIGRO DE MUERTE MOTIVO POR EL CUAL ACUDE CON MEDICO PARTICULAR , REFIRIENDOLE EL MEDICO QUE EL NIÑO ESTABA BIEN DE SALUD, PARA TRANQUILIDAD DE LA MADRE LE SOLICITA LABORATORIOS.

EL DIA 11/02/2015 COMO ALAS 7 AM EL NIÑO EMPIEZA A MASTICAR Y A TENER LA VISTA PERDIDA Y MORADO DE SU BOCA Y UÑAS , PIDIENDO AYUDA ASU SUEGRA LO LLEVA AL HOSPITAL INTEGRAL DE EBANO, DONDE EL MEDICO LE DA LA ATENCION Y LE DICE QUE EL NIÑO ESTA CONVULSIONANDO, TENIENDO EN OBSERVACION Y PRESENTANDO PICOS DE FIEBRE , VOLVIO A CONVULSIONAR Y VOMITAR DECIDEN TRASLADARLO AL HOSPITAL DE VALLES DONDE AL TRAYECTO SE AGRAVA Y PASAN AL HBC. DE TAMUIN PARA ESTABILIZARLO Y FALLECIO

NOTA: SI REQUIERE MAS ESPCACIO, CONTINUE EN UNA HOJA BLANCA Y ANEXELA.

ANOTE LA FECHA DE INICIO Y EVOLUCION DE CADA UNO DEL OS SIGUEINTES DATOS:

(SI YA LO INDICO EL ENTREVISTADO EN LA SECCION ANTERIOR, VERIFIQUE Y RESITRESELO EN EL RENGLON CORRESPONDIENTE)

15. SIGNOS

	SI	NO		DURACION (DIAS)	OBSERVACIONES
TOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DEJO DE COMER O BEBER	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
FIEBRE O CALENTURA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
PIEL MAS FRIA DE LOS NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
DIFICULTAD PARA DEPERTARLO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
CONVULSIONES O ATAQUES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SE PUSO MORADO DE LABIOS O UÑAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
MAS PALIDO DE LO NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
UNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS AL RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
RESPIRACION RAPIDA O JADEO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
SILBIDO AL RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			

16. DURACION TOTAL DE LA ENFERMEDAD:

DIAS HORAS MIN.

VI. ATENCION RECIBIDA EN SU HOGAR

17. ¿CUANDO UD. SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO SE ENFERMO?

¿LO ATENDIO PRIMERO EN SU CASA? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA No. 21)

NO ☐ SI ☒ NO ESPECIFICADO ☐

18. ENSU CASA, UD. POR SU PROPIA CUENTA:

19. MEDIDAS GENERALES

¿LE EVITO CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA?

SI ☒ NO ☐ NO ESPECIFICADO ☐

¿LE DIO MAS LIQUIDOS DE LO NORMAL?

☒ ☐ ☐

LE DESTAPO FRECUENTAMENTE LA NARIZ

☒ ☐ ☐

SI AUN TOMABA, ¿LE CONTINUO DANDO PECHO?

☒ ☐ ☐

¿LE EVITO LA EXPOSICION A HUMOS DENTRO DE LA CASA?

☒ ☐ ☐

20. ¿LE DIO ALGUNA MEDICINA

☐ ☒ ☐

DIGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS:

VII. PRIMERA ATENCION FUERA DEL HOGAR

21. ¿LO LLEVO CON ALGUIEN A CONSULTA? SI ☒ NO ☐

22. ¿POR QUE?

POR CRISIS CONVULSIVAS

23. ¿RECIBIO ATENCION SI ☒ NO ☐
(EN CASO DE NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 56)

¿POR QUE NO LE DIERON ATENCION?

24. ¿CUANTO TIEMPO DESPUES DE QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMO 3

DÍAS

HORAS

MIN

25 ¿A CUANTAS CONSULTAS LO LLEVO?

NUMERO DE CONSULTAS

26 ¿CON QUIEN(ES) LO LLEVO A CONSULTA?

(ANOTE EN ORDEN CRONOLOGICO)

No. CONSULTA	TIPO DE PERSONAL	NOMBRE	DOMICILIO
1	MEDICO	SIMILAR	EBANO
2	MEDICO	PARTICULAR	EBANO

27. LA PERSONA QUE LE DIO LA PRIMERA CONSULTA LE INDICO:

28. MEDIDAS GENERALES

¿QUE EVITARA CAMBIOS DE TEMPERATURA?

SI

NO

NO ESPECIFICADO

☒

☐

☐

¿QUE LE DIERA MAS LIQUIDOS?

☒

☐

☐

¿QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE SU NARIZ?

☒

☐

☐

SI AUN TOMABA, ¿QUE LE CONTINUARA DANDO PECHO?

☒

☐

☐

¿QUE EVITARA EXPONERLO A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

☒

☐

☐

29. ¿ALGUNA MEDICINA

DIGAMA EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS:

NO RECUERDA EL NOMBRE

30. ¿LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRA MOLESTIA?

SI

NO

☒

☐

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 32)

31. ¿CUALES ?

SI SEGUIA CON TOS EXCESIVA

32. ¿LE SEÑALO CUANTO TIEMPO DESPUES REGRESA?

SI

NO

☒

☐

TIMEPO

33. ¿LE INDICO COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA?

☒

☐

DÍAS

HORAS

34. ¿QUE LE DIJO? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICO ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)

Si dejaba de comer

☒

Piel más fría de lo normal

☐

Dificultad para despertarlo

☐

Convulsiones o ataques

☐

Si se ponía morado de los labios o uñas

☐

Más pálido de lo normal

☐

Hundimiento entre las costillas

☐

Respiración rápida o jadeo

☐

Silbido al respirar

☐

Otra

ESPECIFIQUE

35. ¿LO ENVIO AL HOSPITAL?

SI

NO

☒

☐

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA)39

36. DE ACUERDO CON LA INDICACION ¿USTED LO LLEVO AL HOSPITAL?

SI NO
☐ ☒

¿POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL?

(CONTINUE CON LA PREGUNTA 36)

37. ¿ LE DIERO ATENCION EN EL HOSPITAL ?

SI NO
☐ ☐

¿POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL?

(CONTINUE CON LA PREGUNTA 36)

38. ¿LO HOSPITALIZARON SI

NO
☐ ☐

¿POR QUE NO LO HOSPITALIZARON?

39. DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA PRIMERA CONSULTA,
USTED : (RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)

SI NO

¿ LE EVITO CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA ?

☒

☐

¿ LE DIO MAS LIQUIDOS DE LO NORMAL ?

☒

☐

¿ LE DESTAPO FRECUENTEMENTE LA NARIZ ?

☒

☐

¿ SI AUN TOMABA, CONTINUO DANDO PECO ?

☒

☐

¿ LE EVITO LA EXPOSICION A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

☒

☐

40. ¿ LE DIO MEDICINA ?

☒

☐

VII. CONSULTA(S) SUBSECUENTE(S) (LLENE ESTA SECCION SOLO SI EL NIÑO RECIBIO UNA SEGUNDA CONSULTA POR LA MISMA U OTRA PERSONA)

41. ¿ QUIEN LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA ? LA MISMA PERSONA ☐

OTRA PERSONA ☒

42. LA PERSONA QUE LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA LE INDICO:

43. MEDIDAS GENERALES

SI

NO ESP

NO

¿QUE EVITARA CAMBIOS DE TEMPERATURA?

☐

☐

☒

¿QUE LE DIERA MAS LIQUIDOS?

☐

☐

☒

¿QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE LA NARIZ?

☐

☐

☒

¿QUE LE CONTINUARA DANDO PECO?

☐

☐

☒

¿QUE NO LE EXPUSIERA A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

☐

☐

☒

44. ¿ LE DIO MEDICINA ?

DIGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINA

45. ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA
OTRAS(S) MOLESTIA(S)

☐

☐

☒

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 47)

46. ¿CUALES?

47. ¿ LE SEÑALO CUANTO TIEMPO DESPUES REGRESARA?

☐

☒

TIEMPO

☐

☐

DIAS

HORAS

48. ¿LE INDICO COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA?

☐

☐

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 49)

49. ¿ QUE LE DIJO ? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICO ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)

- Si dejaba de comer o beber
- Piel más fría de la normal
- Dificultad para despertarlo
- Convulsiones o ataques
- Si se ponía morado de los labios o uñas
- Más pálido de lo normal
- Hundimiento entre las costillas
- Respiración rápida o jadeo
- Silbido al respirar
- Otra

50. ¿ LO ENVIO AL HOSPITAL SI NO
☒ ☐
 (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 53)

51. DE ACUERDO CON LA INDICACION ¿ USTED LO LLEVO AL HOSPITAL?

SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL?

52. ¿ LE DIERON ATENCION EN EL HOSPITAL?

SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿POR QUE NO LE DIERON ATENCION EN EL HOSPITAL?

53. ¿LO HOSPITALIZARON?

SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿POR QUE NO LO HOSPITALIZARÓN?

54. DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA SEGUNDA CONSULTA

SI NO

USTED: (RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)

¿ LE EVITO CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

¿LE DIO MAS LIQUIDOS DE LO NORMAL?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

¿LE DESTAPO FRECUENTEMENTE LA NARIZ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

SI AUN TOMABA, ¿LE CONTINUO DANDO EL PECHO?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

¿ LE EVITO LA EXPOSICION A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

55. ¿ LE DIO MEDICINA?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

NOTA: SI SE RECIBIERON MAS CONSULTAS, ANOTE LOS ASPECTOS RELEVANTES EN UNA HOJA EN BLANCO Y ANEXELA

IX. LUGAR DE LA DEFUNCION

56. ¿ DONDE MURIO EL NIÑO ?

EN EL HOGAR

EN EL CONSULTORIO O UNIDAD DE 1ER. NIVEL

EN UNA CLINICA U HOSPITAL

EN EL TRASLADO

NO SABE

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

X. CAPACITACION

57. ¿ HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CAPACITACION ACERCA DE EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR, DE LA INFECCION REASPIRATORIA AGUDA?

SI

☐

NO

☒

→ FIN

58. ¿DONDE Y QUIEN LE DIO LA CAPACITACION?

CONCLUSIONES :