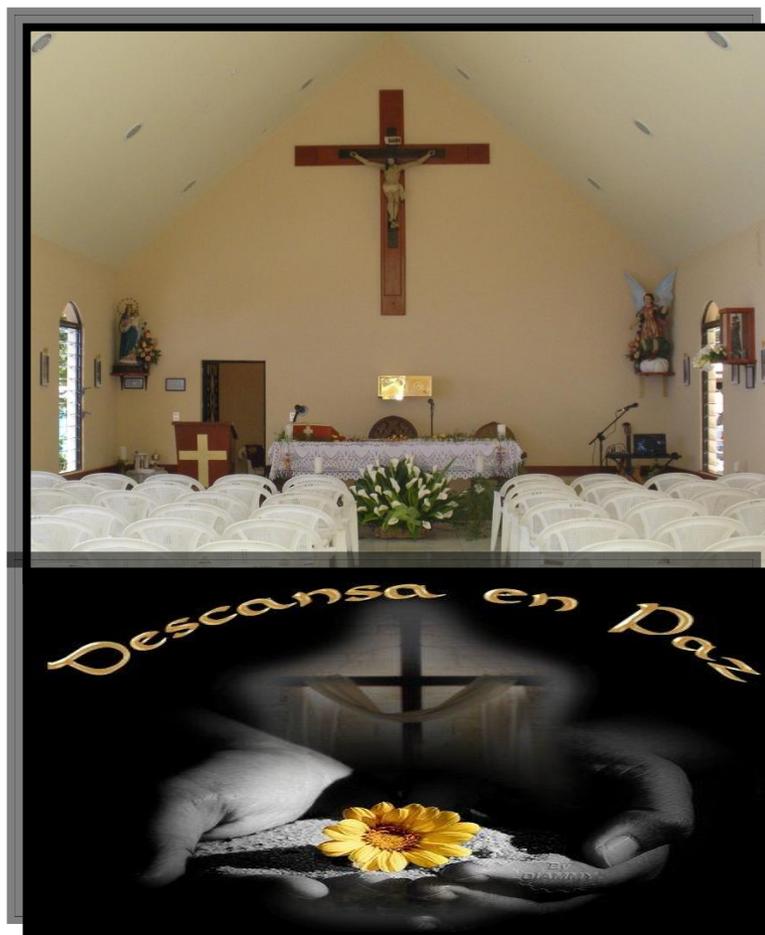




Manual Para el Manejo de Defunciones



**HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGIA Y MEDICINA
FAMILIAR DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA**



NOVIEMBRE 2012

INDICE

	Pag. No.
I. INTRODUCCIÓN.	3
II. JUSTIFICACIÓN.	4
III. OBJETIVOS GENERALES.	5
IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	5
V. CUANDO EL PACIENTE FALLEZCA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL.	6
1. FUNCIONES DEL MÉDICO. ...	6
2. FUNCIONES DE ENFERMERÍA. ...	8
3. FUNCIONES AUXILIARES DE SERVICIO. ...	9
4. FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL. ...	10
5. FUNCIONES DE ARCHIVO. ...	11
6. FUNCIONES DE TRANSPORTE. ...	12
7. FUNCIONES DE LA VIGILANCIA EN PORTERIA. ...	12
8. CONSIDERACIONES LEGALES ...	13
9. CONSIDERACIONES GENERALES. ...	13
VI. CUANDO EL PACIENTE LLEGA FALLECIDO AL HOSPITAL. ...	14
VII. A N E X O S. ...	15-29
Anexo 1: Ficha de Ingreso y Egreso.	
Anexo 2: Registro de Defunción.	
Anexo 3: Boleto de Defunción.	
Anexo 4: Registro de Nacidos Muertos.	
Anexo 5: Registro de Defunciones Perinatales, Infantiles y de la Niñez.	
Anexo 6: Registro de Defunciones Asociadas con Malformaciones Congénitas.	
Anexo 7: Notificación de Paciente Fallecidos.	
Anexo 8: Ficha de Identificación de Cadáver.	
Anexo 9: Autorización de Inhumación Gratis, Cementerio La Bermeja.	
Anexo 10: Acta de Traslado.	
Anexo 11: Control de Pacientes Fallecidos, Auxiliares de Servicio.	
Anexo 12: Trabajo Social. Control de Pacientes Fallecidos.	
Anexo 13: Flujograma del Movimiento de Pacientes Fallecidos.	

I. INTRODUCCIÓN.

Siendo el Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar “Dr. José Antonio Saldaña” el Centro de referencia de la Zona Sur de San Salvador, en donde cada día la población es mayor y por lo tanto la cantidad de egresos, así como las patologías son cada vez más y con mayores complicaciones, es requerido el presente documento como una guía facilitadora para el personal de salud del área hospitalaria; el cual propone los mecanismos a ser utilizados en el movimiento de pacientes fallecidos.

Este Manual ha sido elaborado con personal de las diferentes disciplinas que se ven involucradas en el manejo de los pacientes que fallecen; en el cual se definen los pasos y funciones a cumplir **desde que el paciente fallece**, hasta el momento que es entregado a sus familiares/encargados, o es llevado al Cementerio General.

II. JUSTIFICACIÓN.

El presente documento nace de la necesidad de contar con actualización de los lineamientos internos para el manejo y traslado de cadáveres, de los pacientes que hayan fallecido en las instalaciones de este Centro Hospitalario y aquellos que hayan llegado al Hospital en condición de fallecido.

Es un deber humano atender a los pacientes fallecidos con la mayor oportunidad y respeto digno. Con este Manual se pretende delimitar las funciones que cada disciplina debe cumplir, para que, en el momento de presentarse un caso, deben asimilar y cumplir el proceso descrito para evitar problemas de cualquier índole.

Es necesario apropiarse de esta herramienta para evitar problemas legales y coordinar de una mejor forma el servicio que se brinda al paciente fallecido, sin olvidar el respeto y dignidad que también se merecen los familiares o responsables del paciente fallecido.

III. OBJETIVO GENERAL

Contar con una herramienta útil y práctica para el personal multidisciplinario que está directamente involucrado en el proceso de atención a pacientes fallecidos.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proveer de una herramienta práctica que sirva de guía al personal multidisciplinario, en la movilización y entrega del cuerpo del paciente fallecido.
- Guiar y apoyar al personal en el manejo de pacientes fallecidos intrahospitalariamente.
- Guiar y apoyar al personal en el manejo de paciente que ingresa fallecido a esta Institución.
- Guiar al personal en el llenado de documentación oficial requerida y obligatoria en caso de fallecimiento intrahospitalario.

V. CUANDO EL PACIENTE FALLEZCA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL, LAS FUNCIONES DE LOS INVOLUCRADOS SERÁN LAS SIGUIENTES:

1. FUNCIONES DEL MÉDICO.

- ✓ AL encontrarse un paciente que ha fallecido en la cama asignada, previo aviso de Enfermería, el Médico se presentará inmediatamente para confirmar el hecho (salvo en horario de turno: día de semana, festivos y fin de semana). Dicha presencia es requerida en el Servicio **antes de cumplir una hora de haber sido notificado.**

De haber sido el médico el que se da cuenta del fallecido, en este momento dejará llena las Hojas de Defunción.

- ✓ Al declararse un “paciente fallecido” el médico llenará en el momento todas las Hojas de Defunción en duplicado; en caso de ser menor de 9 años se llenará la Hoja de Vigilancia de Mortalidad Materno-Infantil, al igual que si el fallecimiento es por muerte materna.
- ✓ La **documentación obligatoria a llenar son:**

EN CASO DE QUE EL FALLECIDO SEA “MUERTE DE ADULTO”, SE DEBERÁ LLENAR LA SIGUIENTE PAPELERÍA:

- Una hoja de “**Ficha de Ingreso y Egreso**”, (Anexo 1), en donde el literal **a)** el llenado le corresponde al personal de Archivo y el literal **b)** y **c)** le corresponde al médico responsable, debidamente firmadas y selladas.
- Dos hojas originales del “**Registro de Defunción**”, (Anexo2), el cual es llenado completamente por el médico responsable quien deberá firmar y sellar.
- Una hoja original y dos copias de “**Boleto de Defunción**”, (Anexo 3), la cual será llenada por el personal de Archivo, exceptuando la información del “**Diagnóstico final y Falleció (fecha y hora)**”, la cual será llenada por el médico responsable.

EN CASO DE QUE EL FALLECIDO SEA “MUERTE FETAL O NEONATAL”, SE DEBERÁ LLENAR LA SIGUIENTE PAPELERÍA:

- Dos hojas originales de “**Registro de Nacido Muerto**”, (Anexo 4), la cual deberá ser llenada por el médico responsable, debidamente firmadas y selladas.
- Tres hojas originales de “**Registro de Defunciones Perinatales, Infantiles y de la Niñez**”, (Anexo 5), las cuales le corresponden al médico responsable y deberá firmar y sellar.
- Si hubiese una malformación congénita se deberán llenar dos “**Formularios de Registro de Defunción Asociada con Malformación Congénita**”, (Anexo 6), y anexarlas al “**Registro de Defunciones Perinatales, Infantiles y de la Niñez**”. Toda esta documentación deberá ser llenada por el médico responsable, debidamente firmadas y selladas.

EN CASO DE QUE EL FALLECIDO SEA “MUERTE INFANTIL Y DE LA NIÑEZ”, SE DEBERÁ LLENAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Una hoja de “**Ficha de Ingreso y Egreso**”, (Anexo 1), en donde el literal **a)** el llenado le corresponde al personal de Archivo y el literal **b)** y **c)** le corresponde al médico responsable el cual deberá firmar y sellar.
- Dos hojas originales del “**Registro de Defunción**”, (Anexo2), el cual es llenado completamente por el médico responsable, quien deberá firmar y sellar.
- Una hoja original y dos copias de “**Boleto de Defunción**”, (Anexo 3) la cual será llenada por el personal de Archivo, exceptuando la información del “**Diagnostico Final y Falleció (fecha y hora)**”, que será llenada por el médico responsable.

- Tres hojas originales de “**Registro de Defunciones Perinatales, Infantiles y de la Niñez**”, (Anexo 5), las cuales le corresponden al médico responsable llenar, firmar y sellar.
- ✓ Deberá verificar que los datos generales y el diagnóstico sean los mismos en todas las hojas.
- ✓ Las Hojas de Defunción quedarán llenas con hora, fecha, diagnóstico(s), sello y firma del médico que se presentó al Servicio de Hospitalización.
- ✓ De haber alguna inconsistencia en el llenado será llamado por Archivo para ser corregido.
- ✓ Funciones que serán activas durante horas hábiles, de turno y en días festivos.
- ✓ Son responsables, en caso de muerte violenta, de notificar a Medicina Legal.
- ✓ En caso de que la Policía Nacional Civil (PNC), Fiscalía y/o Medicina Legal se presenten a diligencias propias del caso, serán los responsables de proporcionar la documentación respectiva.

2. FUNCIONES DE ENFERMERÍA.

- ✓ En caso de que el paciente fallezca en cualquier Servicio de Internación, enfermería o a quien corresponda, deberá entregar al médico las Hojas de Defunción para ser llenadas y dejarlas completas.
- ✓ En **horas hábiles** (7:00am – 4:00pm) la jefe o encargada del servicio dará aviso a la encargada de Trabajo Social, dejando constancia de la hora que se reporta en el expediente (en un periodo no mayor de 30 minutos) (Anexo 7).
- ✓ La jefe o encargada del servicio le avisará al encargado de limpieza de la defunción para continuar con el trámite, al tenerlo ya preparado (con su respectiva identificación (Anexo 8) para trasladarle al área de estancia temporal en un período no mayor de 30 minutos.
- ✓ Se trasladará el **expediente completo (en su fólder)** a la Unidad de Archivo con el objetivo de completar los datos y poder archivar/resguardar el expediente.

- ✓ En **horas de turno** (4:00pm- 7:00am) se le avisará al encargado de Archivo que se encuentre de turno, para que llene la parte correspondiente a su cargo de la Hoja de Defunción. Esto aplica también para temporada de vacaciones, días festivos y fines de semana.
- ✓ En **horas de turno** (4:00pm- 7:00am, en días festivos, vacaciones y fines de semana) la Supervisora de turno exclusivamente será la encargada de avisar a los parientes o encargado del paciente fallecido la situación y les dará la información que deben saber para poder venir a retirar el cuerpo.
- ✓ Al notificar al pariente o encargado, deberá informar que tiene que traer: el ataúd, DUI de fallecido, ropa para vestir al fallecido, DUI de la persona que retirará el cuerpo y presentarse a archivo a retirar las hojas de defunción y luego al lugar de estancia temporal.
- ✓ De no lograr contactar a un familiar o encargado del fallecido, en horario de turno (4:00pm- 7:00am), deberá reportar a Trabajo Social que continuará el trámite.
- ✓ Cuando ya sea inevitable el traslado del fallecido al cementerio, en horario de turno (4:00pm- 7:00am), será la Supervisora de turno la encargada de dejar constancia que se agotaron todos los medios para contactar al familiar y de llenar el Acta de traslado de cadáver hacia el Cementerio General, dejando constancia en expediente de fallecido y en oficina de enfermería.
- ✓ Con el acta de traslado al cementerio elaborada, tramitará en el área de transporte el traslado del cadáver.
- ✓ Una vez tramitado el transporte entregará acta al personal de limpieza, quien es el encargado de dicho traslado hacia el Cementerio.

3. SECCIÓN AUXILIARES DE SERVICIO.

- ✓ Al ser informado del fallecimiento de un paciente por el o la Jefe del Servicio o la supervisora de turno, este deberá presentarse al Servicio donde se encuentra el fallecido.
- ✓ Anotará en la Hoja de "**Control de Fallecidos**", (Anexo 11), los datos de fecha y hora, área donde falleció y nombre del fallecido.

- ✓ El cuerpo será llevado al área de estancia temporal con su ficha de datos, debidamente llena.
- ✓ Al momento de entregar el cuerpo al familiar o responsable, deberá anotar en la hoja de “**Control de Fallecidos**”, (Anexo 11), los datos de fecha y hora de entrega, nombre de quien entrega y nombre, DUI y firma de quien recibe el cadáver.
- ✓ De ser necesario el traslado del cuerpo hacia el cementerio y ya recibida el acta se presentará al área de estancia temporal para hacer efectivo el traslado, previa coordinación con el motorista encargado de esta actividad.
- ✓ Al ser entregado el cuerpo en el cementerio de debe traer la constancia de “**Autorización de Inhumación Gratis**” y entregarla al área de Archivo para ser anexada en el respectivo Expediente Clínico. (Anexo 9).

4. FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL.

- ✓ En horas hábiles (7am-4pm) será notificado por enfermería de la defunción del paciente, dando datos generales que serán necesarios para informar a los familiares. (Anexo 10)
- ✓ Dejará constancia de datos recibidos del paciente en la hoja de “Control de Pacientes Fallecidos” (Anexo12).
- ✓ Es el responsable durante horas hábiles de avisar a los familiares por medio de teléfono, radio, telegrama o aviso a Unidad de Salud, anotando el nombre de la persona (o pariente) quien recibe la información.
- ✓ Al notificar al pariente, deberá informar que tiene que traer: el ataúd, DUI del fallecido, ropa para vestir al fallecido, DUI del pariente y presentarse a Archivo a retirar las Hojas de Defunción y luego al lugar de Estancia Temporal a retirar el cuerpo.
- ✓ De no lograr contactar a un familiar o encargado del fallecido, en sus horas hábiles de trabajo, deberá reportar a la Supervisora de turno para continuar el trámite.

- ✓ Cuando ya sea inevitable el traslado del fallecido al cementerio, será Trabajo Social la encargada de dejar constancia que se agotaron todos los medios para contactar al familiar y de llenar el Acta de Traslado de Cadáver hacia el cementerio general, dejando constancia en expediente de fallecido y en oficina de Trabajo Social (Anexo 10).
- ✓ Con el acta de traslado al cementerio elaborada tramitará en el área de transporte el traslado del cadáver.
- ✓ Una vez tramitado el transporte se entregará acta al personal de limpieza encargado de dicho traslado al cementerio.

5. FUNCIONES DE ARCHIVO

- ✓ Al presentarse un caso de paciente fallecido, en horario de 7am a 3pm. el personal de Archivo únicamente recibirá el expediente completamente lleno.
- ✓ En horario de 3.00 pm a 7.00 am, días festivos, fin de semana y vacaciones el personal de archivo se desplazará hacia los servicios para hacer el respectivo llenado de la “**Boleta de Defunción**” (Anexo 3), siempre y cuando el Médico haya llenado los apartados correspondientes de la misma.
- ✓ Al presentarse el responsable y/o familiar del fallecido le entregará la documentación respectiva.
- ✓ En caso de que el fallecido no sea retirado por su familia y/o responsable, cumplidas las 24 horas del fallecimiento, entregará a trabajo social o a supervisora de turno la documentación necesaria para la elaboración del Acta respectiva.
- ✓ En caso de que el fallecido sea trasladado al cementerio por personal de este centro asistencial se debe recibir y archivar la constancia de “**Autorización de Inhumación Gratis**” (Anexo 9). en el respectivo expediente clínico.

6. FUNCIONES DE TRANSPORTE.

- Recibir notificación del traslado del fallecido al cementerio por parte de la Trabajadora Social o Supervisora de turno (Anexo 10).
- Presentarse al área de estancia temporal a retirar el cadáver para ser llevado al cementerio, previa coordinación con personal de limpieza, encargado de realizar esta actividad.

7. FUNCIONES DE LA VIGILANCIA EN PORTERIA.

- ✓ Al momento de presentarse familiar y/o responsable de un fallecido deberá llenar libro de control de entrega de paciente fallecido; dejando constancia de fecha, hora, nombre del fallecido; nombre, DUI y firma del familiar y/o encargado que lo retira y vigilante de turno que atiende el caso.
- ✓ Orientar al familiar y/o responsable de un fallecido sobre el proceso establecido para retiro de fallecidos.
- ✓ En caso de que el fallecido sea trasladado al cementerio deberá registrar su salida en el libro de control respectivo.
- ✓ Cuando se presente personal de Medicina Legal, Fiscalía y PNC deberá presentarse al área de estancia temporal para verificar la función de estas personas dentro de la institución.
- ✓ En caso de presentarse un paciente ya fallecido a la institución, la vigilancia deberá dar custodia al cadáver y al vehículo para asegurar su permanencia en el parqueo de emergencia hasta y durante la presencia de Medicina Legal.
- ✓ En caso de que el fallecido sea retirado de esta institución por Medicina Legal. deberá anotar la salida en el libro correspondiente; igualmente si el cadáver es entregado por Medicina Legal a sus parientes.

8. CONSIDERACIONES LEGALES.

- ✓ Se podrá resguardar en el área de estancia temporal el cuerpo del fallecido hasta cumplir 24 horas, en espera de ser retirado por los parientes y/o responsable.
- ✓ Se dejará Acta que haga constar que no se localizó a ningún pariente por parte de Trabajo Social y/o Enfermería.
- ✓ Si el fallecido no es retirado dentro de las 24 horas posterior a su muerte, éste será trasladado al Cementerio de la Bermeja (en horas hábiles antes de la 1:30pm) y se dejará constancia en Expediente Clínico de haber sido recibido el cuerpo en el Cementerio.

9. CONSIDERACIONES GENERALES.

- ✓ Todo fallecido deberá ser tratado con respeto y dignidad.
- ✓ No se deberá mover el cuerpo del fallecido hacia el área de permanencia temporal si éste no se encuentra con los documentos completos y debidamente identificados.
- ✓ Deberán permanecer en todos los Servicios donde se encuentren pacientes ingresados, así como en el área de emergencia, legajo (o juego) de hojas de Reporte de Defunción.
- ✓ No se deberá entregar ningún cuerpo al familiar, si éstos no han presentado el ataúd, ropa y los documentos respectivos.
- ✓ Trabajo Social brinda sus servicios en este Centro Hospitalarios (presta labores) de lunes a viernes, de 7.00am. a 4:00pm.
- ✓ El aviso a los familiares deberá ser inmediato y por las personas responsables de esta actividad (Trabajo Social y/o Supervisora de Turno).

VI. CUANDO EL PACIENTE LLEGA FALLECIDO AL HOSPITAL.

- El Médico que determina que la persona que es traída al Hospital no presenta signos vitales, será el responsable de notificar inmediatamente del caso a Medicina Legal.

- No deberá moverse el cadáver del vehículo que es traído, ni el vehículo con el cadáver del área de parqueo de Emergencia hasta presentarse Medicina Legal para su reconocimiento.

- La vigilancia deberá dar custodia al cadáver y al vehículo para asegurar su permanencia en el parqueo de Emergencia.

- En caso de que el fallecido sea retirado de esta Institución por Medicina Legal el vigilante deberá anotar la salida en el libro correspondiente, igualmente si el cadáver es entregado por Medicina Legal a sus parientes.

ANEXOS

Ministerio de Salud Pública.

Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña"

FICHA DE INGRESO Y EGRESO

A. DEL PACIENTE

1. _____ N° de Expediente

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

2. Edad: Años _____ Meses _____ Días _____ Horas _____ Minutos _____ Sexo: M F

3. Documento legal de Identificación: _____ N° _____ Ocupación _____

4. Dirección habitual: _____

Municipio: _____ Departamento: _____ Área: Urbana Rural Teléfono: _____

5. Responsable del Paciente: _____ Parentesco: _____ Dui: _____ Teléfono: _____

6. Dirección habitual: _____

7. Dió datos del paciente: _____ Parentesco: _____ No. Doc. de identificación: _____

8. Elaboró el ingreso en ESDOMED: _____ Fecha: _____ Hora: _____

B. DEL INGRESO

1. Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora: _____ 2. Servicio de internación: _____

3. Especialidad _____ 4. Diagnóstico presuntivo de ingreso _____

C. DEL EGRESO

1. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DEL EGRESO*: _____ Código _____

2. Diagnósticos Secundarios (enumerar por orden de importancia).

_____ Código: _____

_____ Código: _____

_____ Código: _____

3. Causa Externa**: _____ Código: _____

4. Discapacidad Principal: _____ Código: _____

5. Operación/ Intervención Quirúrgica. (Intervención Quirúrgica - enumerar por orden de importancia).

1) _____ Código: _____

2) _____ Código: _____

6. Procedimiento/ diagnóstico y terapéutico (Enumerar por orden de importancia)

1) _____ Código: _____

2) _____ Código: _____

3) _____ Código: _____

7. Condición de Egreso: V i v o: _____ Muerto: _____ Embarazo, Parto y Puerperio _____

Antes de 48 hrs. _____ Después de 48 hrs. _____

8. Egreso sin consentimiento médico (especificar motivo): _____

9. Fecha de egreso: Hora: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____.

10. No. de Días de estancia: _____ Servicio hospitalario de egreso: _____

11. Traslado a otros servicios hospitalarios:

FECHA	TRASLADO DE:	TRASLADO A:	NOMBRE MÉDICO QUE INDICA:

12. Referido a otro hospital o establecimiento (nombre): _____

13. Referido de otro establecimiento(nombre): _____

14. Retorno hacia: _____

15. Recomendaciones: _____

Nombre del Médico responsable del Alta.

Firma y Sello del Médico responsable del Alta.

*DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Es la enfermedad o lesión diagnosticada al final de la atención médica, como la causa primaria de tratamiento o investigación que tuvo el paciente en consulta externa, emergencia o en los servicios de hospitalización, si hay más de una afección así caracterizada, será diagnóstico principal que se considere causante del mayor uso de recursos.

**CAUSA EXTERNA: Se refiere a las circunstancias o a los mecanismos o formas de cómo se produjo la lesión o a los agentes externos que provocaron la lesión. La causa externa no constituye diagnóstico médico, sino que es una descripción del hecho. J:capida accidental de techo, accidente por vehículo de motos, disparo por arma de fuego, maltrato físico por padres, etc.

ANEXO 2 (ENTREGADA LA ORIGINAL A CAPACITY...)

Libro No. _____

REGISTRO DE DEFUNCION

Partida No. _____

<p>1. Nombre y Apellido del Difunto : _____</p> <p>2. Fecha de la Defunción : Hora _____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____</p> <p>3. Lugar de la Defunción: Departamento: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Municipio : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cantón: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Local de la Defunción: Hospital o Clínica: _____ 1 <input type="checkbox"/> Casa de Habitación: _____ 2 <input type="checkbox"/> Otros: _____ 3 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Sexo: Masculino: 1 <input type="checkbox"/> Femenino: 2 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Estado Civil: Soltero: 1 <input type="checkbox"/> Casado: 2 <input type="checkbox"/> Viudo: 3 <input type="checkbox"/> Unido: 4 <input type="checkbox"/> Divorciado: 5 <input type="checkbox"/> Ignorado: 6 <input type="checkbox"/> Impúber: 7 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Edad: *Para mayores de 1 año (años cumplidos) : _____ Para menores de 1 año : Minutos: _____ Horas: _____ Meses: _____ Días: _____ Complete: Madre casada : Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Edad de la madre _____ Duración del Embarazo : _____</p> <p>8. Ocupación Habitual _____</p> <p>9. Jubilado o Pensionado Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/></p> <p>10. Lugar de Residencia del Fallecido (menores de 1 año, indicar residencia de la madre) Departamento o País: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Municipio: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cantón: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. Fecha de Registro: _____</p>	<p align="center">CAUSA DE DEFUNCION</p> <p>12. Añote sólo una causa en cada una de las líneas (a), (b), (c) y (d).</p> <p>I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente* a) _____ debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes b) _____ debido a (o como consecuencia de) _____ Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar causa básica c) _____ debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo. _____</p> <p><small>* No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, por ejemplo debilidad cardíaca, asenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicaciones que causó la muerte.</small></p> <p>13. Solo para Sexo Femenino (12 a 50 años): Existía embarazo al momento de su muerte: Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Existió embarazo un año antes de su muerte: Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/></p> <p align="center">MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTAL</p> <p>14. Accidente: 1 <input type="checkbox"/> Suicidio: 2 <input type="checkbox"/> Homicidios: 3 <input type="checkbox"/></p> <p>15. Causas de Muerte: Arma de fuego: 1 <input type="checkbox"/> Arma blanca: 2 <input type="checkbox"/> Caída: 3 <input type="checkbox"/> Ahogamiento: 4 <input type="checkbox"/> Acc. de Tránsito: 5 <input type="checkbox"/> Envenenamiento: 6 <input type="checkbox"/> Artefacto: _____ Ahorcamiento o Por objeto Explosivo: 7 <input type="checkbox"/> estrangulamiento: 8 <input type="checkbox"/> Contundente: 9 <input type="checkbox"/> Otro: _____ 0 <input type="checkbox"/></p> <p align="center">CERTIFICACION Y ASISTENCIA MEDICA</p> <p>16- Tuvo Asistencia Médica durante su enfermedad : Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Defunción certificada por Médico: Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/></p> <p>17- Observaciones _____</p>
---	--

ANEXO 3



HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"

BOLETO DE DEFUNCIÓN

***Señor Encargado del Departamento de Defunciones
Presente.***

NOMBRE Y APELLIDO DEL FALLECIDO _____

SEXO _____ EDAD _____ (años) PROFESIÓN U OFICIO _____

DIAGNÓSTICO FINAL _____

FALLECIÓ (FECHA Y HORA) _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO ACTUAL _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO ___ CASADO ___ DIVORCIADO ___ ACOMPAÑADO ___ VIUDO ___

NOMBRE DEL PADRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO DE VIDA _____

RESPONSABLE DEL PACIENTE _____

SERVICIO O PABELLÓN DONDE FALLECIÓ _____

FECHA: _____

F. _____
JEFE DE ESTADISTICA Y DOC. MÉDICOS.

TOMÓ LOS DATOS: _____

ANEXO 4 (ENTREGADA ORIGINAL A CAPACITY)

Libro No. _____	REGISTRO DE NACIDOS MUERTO	Partida No. _____
N A C I D O R T O	1. Nombre Completo del Nacido Muerto : _____	4. Sexo: Masculino : 1 <input type="checkbox"/> Femenino: 2 <input type="checkbox"/>
	2. Lugar del Parto: Departamento: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Municipio : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cantón: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Clase de Parto: Unico 1 <input type="checkbox"/> Gemelo 2 <input type="checkbox"/> Triple 3 <input type="checkbox"/>
	3. Fecha del parto: Día _____ Mes _____ Año _____	6. Duración del Embarazo : (meses) _____
		7. Causa de Muerte: _____
D E L A M A D R E	8. Nombre Completo de la Madre: _____	9. Edad _____
	10. Local del Parto: Hospital o Clínica: 1 <input type="checkbox"/> Casa de Habitación: 2 <input type="checkbox"/> Otro : 3 <input type="checkbox"/>	15. Lugar de Residencia: Departamento: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Municipio : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cantón: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	11. Nombre del Asistente: _____ Médico : 1 <input type="checkbox"/> Enfermera o Partera: 2 <input type="checkbox"/> Otro: 3 <input type="checkbox"/>	16. Número de Hijos: Cúantos hijos están vivos :..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuantos nacidos vivos han muerto:..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuántos nacieron muertos incluyendo este:..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	12. Madre Casada : Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/>	17. <u>Número de hijos en un Parto Multiple:</u> Cuantos hijos nacieron en este parto..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuantos nacieron vivos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuantos nacieron muertos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	13. Sabe Leer y Escribir: Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>	
	14. Ocupación Habitual: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
P A D R E	18. Nombre Completo del Padre: _____	19. Edad: _____
	20. Sabe Leer y Escribir: Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>	21. Ocupación Habitual: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OTRO	22. Fecha de Registro: _____	23. Observaciones: _____



ANEXO 5 (VER DOC. DIGITADO EN EXCEL)

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



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

Nombre, Firma y cargo del Médico responsable del llenado

Vo. Bo. Director del Establecimiento

Director Región SIBASI

MINISTERIO DE SALUD
GERENCIA DE ATENCIÓN A LA MUJER Y NIÑEZ
REGISTRO DE DEFUNCIONES ASOCIADAS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS

ANEXO 6

DATOS GENERALES					Defunción No.			
Nombre SIBASI	Código SIBASI	Nombre del Establecimiento que notificó			Código			
NOMBRE DEL FALLECIDO:								
No. EXPEDIENTE:		Semana Epidemiológica:		Fecha ocurrencia de la muerte	DIA	MES	ANO	HORA
Lugar de ocurrencia de la muerte <input type="checkbox"/> 1 MINSAL 2 ISSS 3 Privado <input type="checkbox"/> 4 Casa 5 =Otro		Area de residencia <input type="checkbox"/> 1 Urbana 2 Rural <input type="checkbox"/> 3 No dato		Fecha de Nacimiento:		DIA	MES	AÑO
DIRECCIÓN COMPLETA DEL FALLECIDO(A):								
Municipio:			Código:	Departamento:			Código:	
Si falleció en establecimiento de Salud del MINSAL, ISSS o Privado, anotar Nombre del Establecimiento						Código		
Edad del Fallecido						Peso al morir		
ANTECEDENTES PERINATALES								
Edad Materna		Años.		Fórmula Obstétrica: G: P: P: A: V:				
Llevó control prenatal		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos?				
MALFORMACIONES DETECTADAS POR USG PRENATAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
Recibió suplementos de Acido Fólico: <input type="checkbox"/>								
1= No recibió								
2= Antes del embarazo Si los recibió antes del embarazo, ¿cuánto tiempo antes?								
3= Durante el embarazo Si los recibió durante el embarazo, ¿en qué mes de gestación inició?								
Medicamentos recibidos durante el embarazo:								
DESCRIPCIÓN DE LA (S) MALFORMACIÓN (ES) CONGÉNITA (S) <input type="checkbox"/> 1= ÚNICA 2= MÚLTIPLE								
Cabeza:								
Cuello:								
Tórax:								
Cardíacas:								
Pulmonares:								
Abdomen:								
Genitales:								
Esqueléticas:								
Neurológicas:								
Diagnóstico final:								

Nombre. Firma y cargo del Médico
Responsable del llenado.

Vo.Bo. Director del Establecimiento

Gerente SIBASI

ANEXO 7



**HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGIA Y MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"**



NOTIFICACIÓN DE PACIENTE FALLECIDO

Nombre del Fallecido: _____ Registro: _____

Edad: _____ Pabellón: _____ Fecha y Hora del Fallecimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Persona Responsable: _____

Nombre de quien Recibe: _____

Nombre de quien Entrega: _____

ANEXO 8

HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR
“DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA”



FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CADÁVER

RESPONSABLE DE LA IDENTIFICACIÓN _____

NOMBRE _____

EDAD _____

SEXO _____

EXPEDIENTE NÚMERO _____

FECHA DE DEFUNCIÓN _____

HORA DE DEFUNCIÓN _____

SERVICIO _____

CAMA _____



ANEXO 10



HOSPITAL NACIONAL "DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA" NEUMOLOGIA Y MEDICINA FAMILIA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL.

ACTA DE TRASLADO No. _____

En las instalaciones del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña", Neumología y Medicina Familiar; a las _____ minutos del día _____ de dos mil _____; la suscrita Trabajadora Social, se hace presente para constatar que ante el fallecimiento del paciente _____, quien estuviere ingresado en este hospital, en el pabellón _____, cama _____, registrado con expediente al número _____, con diagnóstico de _____; quien haya expirado a las _____, de _____ según consta en el informativo correspondiente; ante lo cual, se han realizado acciones de contacto con los familiares para informarles de lo ocurrido, lo cual no ha sido posible debido a que _____; y habiéndome cerciorado de tal circunstancia, firmo la presente, para así hacerlo constar.-

NOMBRE, FIRMA Y SELLO.

INDICACIONES PARA EL LLENADO DEL ACTA DE TRASLADO

- Todas las casillas deberán llenarse con letra de carta o de molde (legibles ambas) a excepción del número de expediente el cual debe ser el que se reporte por el Hospital.
- La hora deberá ser escrita en términos de veinticuatro horas, por ejemplo: catorce horas con diez minutos.
- La fecha: día y mes de la defunción debe escribirse en letra, por ejemplo: dieciséis de mayo.
- Llenar con el nombre completo del fallecido, Servicio o Pabellón donde se encontraba ingresado, número de la cama y número de expediente.
- Agregar el diagnóstico que aparece en la Hoja de Defunción, así como la hora y fecha de la misma.
- En el último espacio se describirán todos los medios utilizados para tratar de comunicarse con los parientes o encargados del fallecido.

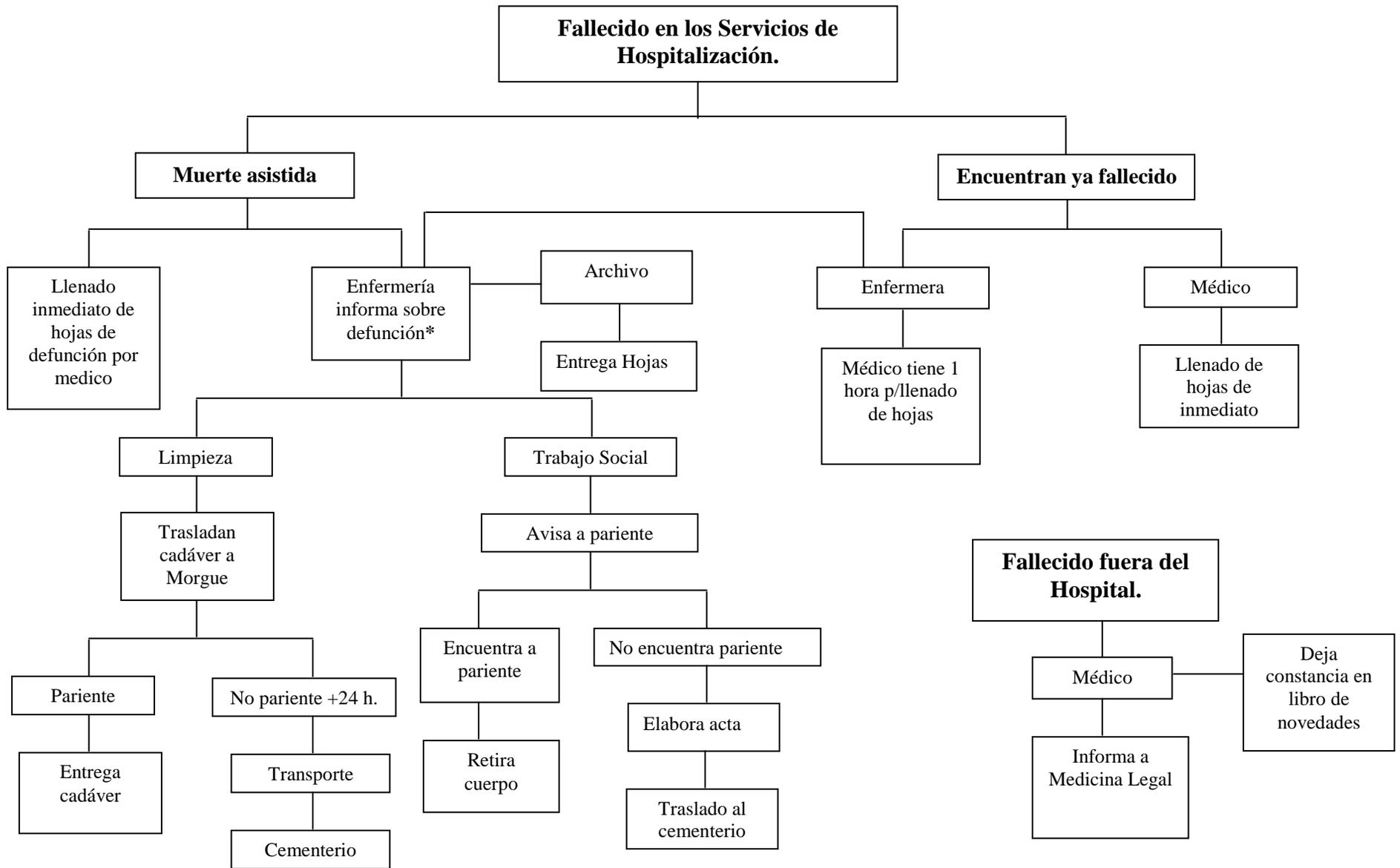
ANEXO 12

HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGIA
Y MEDICINA FAMILIAR
DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA

TRABAJO SOCIAL
CONTROL DE PACIENTES FALLECIDOS

FECHA	NOMBRE DE PACIENTE	# EXP	EDAD	SERVICIO O PABELLÓN	# CAMA	QUIÉN REPORTA	HORA FALLECIDO	HORA DE REPORTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	RESPON-SABLE	QUIÉN RECIBE LA INFORMACIÓN	MEDIO UTILIZADO	TRABA-JADOR SOCIAL

ANEXO 13
HOSPITAL NACIONAL DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA NUEMOLOGIA Y MEDICINA FAMILIAR
FLUJOGRAMA DEL MOVIMIENTO DE PACIENTES FALLECIDOS.



* En horas no hábiles Enfermería avisará a los familiares o encargados del paciente.