

FICHA	MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016	Florencio Varela <input type="checkbox"/> Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>
--------------	--	---

DATOS DEL ENTREVISTADO	A
-------------------------------	----------

DATOS PERSONALES	I
-------------------------	----------

	¿Cuál fue la fecha del Fallecimiento de el/la niño?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
1.	Marcar con una cruz las personas que participan de la entrevista en relación al niño fallecido. (Marque todas las que corresponda).	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro menor de 12 años <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otro mayor de 12 años <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	¿Quién es el/la principal interlocutor/a?	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro menor de 12 años <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otro mayor de 12 años <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Ns/Nc
3.	En caso en que la madre del niño fallecido no fue la principal interlocutora, explicar el principal motivo.	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
4.	¿Cuál es el mayor nivel educativo alcanzado de el/la principal interlocutor/a?	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Terciario/Universitario incompleto <input type="checkbox"/> Terciario/Universitario completo <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
5.	El principal interlocutor, ¿se encontraba presente en el evento de muerte?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc

ANTECEDENTES DEL NIÑO	B
------------------------------	----------

ANTECEDENTES PERINATOLOGICOS	I
-------------------------------------	----------

1.	¿Cuál fue la fecha del nacimiento de el/la niño/a?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
2.	¿Qué número de orden era el/la niño/a?	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
3.	¿Tenía documento de identidad antes de fallecer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
4.	¿Cuándo le eligieron el nombre?	<input type="checkbox"/> Antes de nacer	<input type="checkbox"/> Después de nacer	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
5.	¿Dónde nació?	<input type="checkbox"/> Hospital público	<input type="checkbox"/> Centro de salud	<input type="checkbox"/> Hospital privado	<input type="checkbox"/> Obra social
		<input type="checkbox"/> En la casa	<input type="checkbox"/> Otro ↓	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Ns/Nc			
6.	En caso de haber nacido en una institución, escribir el nombre:	<input type="text"/>			
7.	Lugar de nacimiento:	Ciudad: <input type="text"/>			
		País: <input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
8.	¿Cuál era el sexo de el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino		
9.	El embarazo del niño/a ¿fue único o múltiple?	<input type="checkbox"/> Único	<input type="checkbox"/> Múltiple, número <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
10.	¿Cómo fue el parto?	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Cesárea, Motivo ↓	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Ns/Nc			
11.	¿Cuántas semanas de gestación tenía al nacer?	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
12.	Si nació con menos de 38 semanas de gestación, ¿recibió la madre corticoides?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
13.	¿Cuánto pesó el/la niño/a al nacer?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramos	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
14.	¿Cuánto midió el/la niño/a al nacer?	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
15.	¿Cuál fue el perímetro cefálico de el/la niño/a al nacer?	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
16.	Anotar cuál fue al Apgar al minuto y a los cinco minutos de nacer	<input type="text"/> <input type="text"/> 1 minuto	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 minutos	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
17.	¿Requirió el/la bebé internación en neonatología al nacer o antes del alta de la maternidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si la respuesta es No, Omite o Ns/Nc pasar a la pregunta 23)					
18.	Diagnóstico al ingreso en neonatología: marque todos los que corresponda.	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Prematurez	<input type="checkbox"/> Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/> Otro, especificar ↓
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> Ns/Nc			
19.	¿Tuvo otras enfermedades o complicaciones durante la internación en neonatología?	<input type="checkbox"/> Si, cual/es? →	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
20.	¿Requirió oxígeno en la internación (incluyendo ARM)?	<input type="checkbox"/> Si →	<input type="text"/> <input type="text"/> días	<input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
21.	¿Requirió asistencia respiratoria mecánica?	<input type="checkbox"/> Si →	<input type="text"/> <input type="text"/> días	<input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
22.	Al alta de neonatología, ¿requirió oxígeno suplementario?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
23.	¿Tuvo el/la niño/a cuando nació diagnóstico de infección perinatal confirmada?	<input type="checkbox"/> Si, cual/es? →	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Chagas
			<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> Estreptococo B
			<input type="checkbox"/> Otro, especificar ↓	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
24.	Luego del nacimiento y hasta el alta de la maternidad, ¿la internación fue conjunta madre- hijo/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
25.	Durante la internación conjunta ¿cómo se alimentó el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Pecho exclusivo	<input type="checkbox"/> Alimentación solo mamadera suplemento de leche (NO LECHE HUMANA)	<input type="checkbox"/> Pecho más complemento	<input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
26.	¿Fue amamantado el/la niño/a dentro del plazo de una hora de su nacimiento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
27.	¿Cómo puede describir que era su niño/a durante los primeros días de vida (marque todo lo que corresponda)?	<input type="checkbox"/> Tranquilo	<input type="checkbox"/> Irritable	<input type="checkbox"/> Dormilón	<input type="checkbox"/> Siempre estaba con hambre
		<input type="checkbox"/> Otro: Especificar	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
28.	¿Quién estuvo cuidándolo/a principalmente en la primera semana de vida?	<input type="checkbox"/> La mama	<input type="checkbox"/> La mama con el papa	<input type="checkbox"/> La mamá con ayuda permanente	<input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
29.	¿Donde dormía habitualmente el/la niño/a hasta los 6 meses de vida?	<input type="checkbox"/> Cama compartida	<input type="checkbox"/> Cuna solo/a	<input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
30.	¿Con quién compartía la cama?	<input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
31.	¿En qué posición dormía habitualmente?	<input type="checkbox"/> Boca arriba	<input type="checkbox"/> Boca abajo	<input type="checkbox"/> De costado	<input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
PERCEPCIONES DE LA MADRE II					
1.	¿Tu hijo/a era como lo esperabas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	¿Te resultó fácil su crianza?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA	MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/> Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>
3.	¿Cómo puede describir que era la salud de su niño/a en general?	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
ALIMENTACION III			
1.	Con respecto a la alimentación habitual de el/la niño/a , durante el primer año de vida, ¿Qué alimentos consumió? Marcar todas las opciones que correspondan, desde su nacimiento.	<u>Lactancia materna</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc <input type="checkbox"/> Omite <u>Leche complemento</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc <input type="checkbox"/> Omite <u>Otros líquidos</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc <input type="checkbox"/> Omite <u>Semisólidos/sólidos</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc <input type="checkbox"/> Omite	
La siguiente pregunta corresponde solo a niños mayores de 5 meses			
2.	¿Puede describir como era la alimentación de el/la niño/a en los últimos 3 meses de vida?	<input type="text"/>	
3.	¿Dónde realizaba la mayor parte de las comidas? Marcar todas las opciones posibles.	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Comedor comunitario <input type="checkbox"/> Jardín/Escuela <input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
4.	¿Qué comidas realizaba habitualmente en el día? Marcar todas las opciones posibles.	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
5.	¿Consumía estos alimentos al menos una vez a la semana? Marcar todas las opciones posibles.	<input type="checkbox"/> Verduras verdes <input type="checkbox"/> Otras verduras <input type="checkbox"/> Arroz, pastas <input type="checkbox"/> Carnes rojas <input type="checkbox"/> Pollo <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Agua segura <input type="checkbox"/> Agua no segura <input type="checkbox"/> Cereales, legumbres <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Lácteos(leche, crema, quesos. etc.) <input type="checkbox"/> Aceite de cocina (Solo si utiliza aceite crudo, no frito) <input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
CONTROLES DE SALUD					IV
1.	¿Lo/a llevaba a "control de niño/a sano/a"?	<input type="checkbox"/> Todos los meses	<input type="checkbox"/> A veces		
		<input type="checkbox"/> Nunca			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
(Si la respuesta es Ns/Nc, Nunca u Omite pasar a Pregunta 6)					
2.	Lugar donde lo/a llevaba a hacer control:	<input type="checkbox"/> Hospital público	<input type="checkbox"/> Centro de salud		
		<input type="checkbox"/> Hospital privado	<input type="checkbox"/> Obra social		
		<input type="checkbox"/> En la casa			
		<input type="checkbox"/> Otro: Especificar	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
3.	En el caso de que asistiera a alguna Institución, escribir cual:	<input type="text"/>			
4.	Fecha de la primera consulta:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
5.	Fecha de la última consulta:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
6.	Si al control de niño/a sano/a lo llevó A veces o Nunca ¿Por qué lo cree posible? Marcar todas las opciones posibles.	<input type="checkbox"/> No lo consideró necesario			
		<input type="checkbox"/> Obstáculos (temores, expectativas)			
		<input type="checkbox"/> No tenía acompañamiento para llevarlo			
		<input type="checkbox"/> No tenía con quien dejar a sus otros hijos			
		<input type="checkbox"/> Le quedaba muy lejos			
		<input type="checkbox"/> No tenía transporte desde el domicilio al servicio de salud			
		<input type="checkbox"/> No la atendían en el servicio de salud			
		<input type="checkbox"/> No había pediatra en el centro de salud y hospital			
		<input type="checkbox"/> Otro: Especificar	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
7.	¿Cuál fue el peso conocido del niño antes de fallecer?	<input type="text"/> gramos			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
VACUNAS					V
1.	¿Cómo era el estado del esquema de vacunas para la edad al fallecer, según el calendario nacional?	<input type="checkbox"/> Completas	<input type="checkbox"/> Incompletas		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

2.	<p>Si el esquema de vacunación estaba Incompleto para la edad al momento de fallecer ¿Por qué cree que sucedió?</p> <p>Marcar todas las opciones posibles</p>	<input type="checkbox"/> No lo consideró necesario <input type="checkbox"/> Obstáculos (temores, expectativas) <input type="checkbox"/> No tenía acompañamiento para llevarlo <input type="checkbox"/> No tenía con quien dejar a sus otros hijos <input type="checkbox"/> Le quedaba muy lejos <input type="checkbox"/> No tenía transporte desde el domicilio al servicio de salud <input type="checkbox"/> No la atendían en el servicio de salud <input type="checkbox"/> No vacunaban en el centro de salud donde asistía <input type="checkbox"/> El/la bebé estaba siempre enfermo/a y por eso me decían que no podía vacunarlo/a <input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input style="width:100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
-----------	---	---

(Si tiene el carnet de vacunas, marque las vacunas administradas en el ítem 3)

3.	<p>Marque todas las vacunas que tiene documentadas en su carnet</p> <p>SI tiene el carnet <input type="checkbox"/> NO tiene el carnet <input type="checkbox"/></p>
-----------	--

Edad	Vacunas										
	BCG	Hepatitis B	Neumococo conjugada	Quintuple Pentavalente DTP-HB-Hib	Rotavirus	Cuadruple o Quintuple Pentavalente	Polio	Triple Viral SRP	Gripe	Hepatitis A HA	Varicela
Recien nacido	Unica dosis	Dosis neonatal									
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis		1º dosis				
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis		2º dosis				
6 meses				3º dosis			3º dosis				
12 meses			refuerzo					1º refuerzo	dosis anual	unica dosis	
15 meses											unica dosis
15-18 meses						1º refuerzo					
18 meses											
24 meses											

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE EL/LA NIÑO/A VI

1.	<p>¿Presentó alguna de estas enfermedades agudas en su vida?</p> <p>Marcar todas las que tuvo.</p>	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Bronquiolitis <input type="checkbox"/> Otitis media aguda <input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input style="width:100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	<p>¿Presentó alguna vez estos eventos?</p> <p>Marcar todas las que tuvo.</p>	<input type="checkbox"/> Caída de altura <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Moretones en la piel <input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input style="width:100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc <input type="checkbox"/> No

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
3.	¿El/la niño/a requirió internación/es? (excluyendo neonatología).	<input type="checkbox"/> Si, especificar ↓ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc			
4.	Marcar si presentaba alguna de las siguientes enfermedades (Comorbilidades) y enfermedades crónicas Marcar o escribir todas las que tuvo.	<input type="checkbox"/> Atopia (rinitis alérgica, dermatitis atópica, eccema) <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Otro síndrome → <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Otra patología → <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc <input type="checkbox"/> No			
ANTECEDENTES MATERNOS C					
ANTECEDENTES DE LA MADRE I					
1.	¿La mamá de el/la niño/a fallecido/a vive?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc			
2.	¿Vivía la mamá junto con su hijo/a antes de fallecer el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc			
3.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de la madre?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc			
4.	¿Donde nació la madre?	Ciudad: <input type="text"/> País: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc			
5.	¿Cuál es el mayor nivel educativo alcanzado por la madre?	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta (En curso) <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta (Abandonó) <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Terciario/Universitario incompleto <input type="checkbox"/> Terciario/Universitario completo <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc			

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
6.	¿El padre la acompañó durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
7.	Desde que nació el/la niño/a, ¿Cómo fue la relación con el padre del niño?	<input type="checkbox"/> Casados/pareja estable	<input type="checkbox"/> Separados con contacto frecuente	<input type="checkbox"/> Separados sin contacto	<input type="checkbox"/> Contacto conflictivo
		<input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
8.	¿Dónde vive la madre?	Barrio: <input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
9.	¿Hace cuánto vive allí? (Marcar el tiempo correcto)	Cantidad de <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Años		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
10.	¿Su vivienda anterior, era en este mismo barrio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
11.	¿Cuántas veces cambió su vivienda en los últimos tres años?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> más de 3 veces	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
ANTECEDENTES RESPIRATORIOS MATERNOS II					
1.	¿Le ha diagnosticado a la madre asma o broncoespasmo un médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	¿Presenta la madre rinitis alérgica u otra manifestación de alergia (en la piel, alergia a alimentos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
ANTECEDENTES PERINATOLÓGICOS MATERNOS III					
1.	¿Cuántos embarazos tuvo la mamá en total?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
2.	¿Cuántos partos tuvo la mamá?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
3.	Cantidad de hijos vivos que tiene	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>		
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>		
4.	¿Cuántos abortos tuvo la mama?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
5.	¿Cuántos hijos fallecido tiene la mama?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
6.	¿Tiene hijos que nacieron antes de tiempo?	<input type="checkbox"/> Si → Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/>			Cuándo? <input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
7.	¿Tiene hijos que nacieron con peso menor a 2500 gramos?	<input type="checkbox"/> Si → Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
8.	Vacunas que la mamá recibió durante el embarazo, completar según la documentación del control del embarazo					
		Vacuna	Si	No	Ns/Nc	Fecha aplicación
		Antigripal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		V.Acelular (DPaT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		Doble (DPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9.	¿Tuvo alguna enfermedad o complicación durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Si, cuáles →	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Azúcar alta/diabetes	<input type="checkbox"/> Anemia
			<input type="checkbox"/> Otro ↓	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
10.	¿Cuántas veces durante el embarazo la madre consultó para control del embarazo de el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por trimestre	<input type="checkbox"/> 1 vez o más por trimestre pero menos de 1 vez por mes	<input type="checkbox"/> 1 vez por mes o más	<input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc

(si contesta Nunca, NS/Nc, Omite pasar a Preg. 15)

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016	Florencio Varela <input type="checkbox"/> Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>
11.	¿En qué consistió el control?	<input type="checkbox"/> Control médico y ecográfico <input type="checkbox"/> Control sólo médico <input type="checkbox"/> Control sólo ecográfico <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
12.	¿Dónde realizó los controles durante el embarazo? Marcar todas las opciones posibles.	<input type="checkbox"/> Hospital público <input type="checkbox"/> Centro de salud <input type="checkbox"/> Hospital privado <input type="checkbox"/> Obra social <input type="checkbox"/> En la casa <input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
13.	En caso de haber nacido en una institución, escribir el nombre:	<input type="text"/>	
14.	¿Quién le realizó los controles del embarazo? Marcar todas las opciones posibles.	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
15.	Si no controló el embarazo, o fue menos de una vez por trimestre, ¿cuál cree que fueron los motivos? Marcar todas las opciones posibles	<input type="checkbox"/> No lo consideró necesario <input type="checkbox"/> Obstáculos (temores, expectativas) <input type="checkbox"/> No tenía acompañamiento para llevarlo <input type="checkbox"/> No tenía con quien dejar a sus otros hijos <input type="checkbox"/> Le quedaba muy lejos <input type="checkbox"/> No tenía transporte desde el domicilio al servicio de salud <input type="checkbox"/> No la atendían en el servicio de salud <input type="checkbox"/> No sabía que estaba embarazada <input type="checkbox"/> Otro : Especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
16.	Durante el embarazo, en alguna institución de salud o centro comunitario ¿le contaron acerca del embarazo, cuidados del recién nacido, etc.?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
17.	¿Sintió que tuvo dónde acudir para preguntar acerca de estos temas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
18.	¿Trabajó y/o estudió durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(si es NO, Omite, Ns/Nc pasar a " Hábitos durante el embarazo")					
19.	¿Que actividad desarrollaba?	<input type="checkbox"/> Empleada (administrativa / en comercio)	<input type="checkbox"/> Fábrica (operaria)	<input type="checkbox"/> Doméstica / portería	<input type="checkbox"/> Taller de costura
		<input type="checkbox"/> Jubilada	<input type="checkbox"/> Desocupada (busca trabajo)	<input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
20.	¿Hasta que mes del embarazo trabajaba y /o estudiaba ?	<input type="checkbox"/> mes	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
21.	¿Cuántos días por semana trabajada y/o estudiaba?	<input type="checkbox"/> días	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
22.	¿Cuántas horas por día trabajaba y/o estudiaba ?	<input type="text"/> <input type="text"/> horas	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
HÁBITOS DURANTE EL EMBARAZO					IV
1.	¿Fumó tabaco durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si no fumó tabaco durante el embarazo, Ns/Nc u Omite, pasar al ítem 3)					
2.	¿Durante que trimestre/s?	<input type="checkbox"/> 1° trimestre	<input type="checkbox"/> 2° trimestre	<input type="checkbox"/> 3° trimestre	<input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
3.	¿Consumió otras sustancias durante el embarazo? (incluye marihuana, alcohol, y otras drogas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si contesta No, Ns/Nc u omite pasar a la pregunta 6)					
4.	Especificar que otras sustancias consumió durante el embarazo	<input type="text"/>			

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
5.	¿Durante que trimestre/s?	<input type="checkbox"/> 1° trimestre			
		<input type="checkbox"/> 2° trimestre			
		<input type="checkbox"/> 3° trimestre			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
6.	¿Consumió algún medicamento durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
(Si contesta No, Ns/Nc u omite pasar a " Antecedentes Paternos")					
7.	Especificar que medicamentos consumió durante el embarazo	<input type="text"/>			
8.	¿Durante que trimestre/s?	<input type="checkbox"/> 1° trimestre			
		<input type="checkbox"/> 2° trimestre			
		<input type="checkbox"/> 3° trimestre			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
ANTECEDENTES PATERNOS D					
ANTECEDENTES DEL PADRE I					
1.	¿El padre de el/la niño/a fallecido/a vive?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
2.	¿Vivía el papá junto con su hijo/a antes de fallecer el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
3.	¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
4.	¿Donde nació el padre?	Ciudad: <input type="text"/>			
		País: <input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
5.	¿Cuál es el mayor nivel educativo alcanzado por el padre?	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta			
		<input type="checkbox"/> Primaria completa			
		<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta (En curso)			
		<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta (Abandonó)			
		<input type="checkbox"/> Secundaria completa			
		<input type="checkbox"/> Terciario/Universitario incompleto			
		<input type="checkbox"/> Terciario/Universitario completo			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
6.	¿Vive con la mamá del niño/a?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si contesta Si pasar a " Antecedentes Respiratorios Paternos")					
7.	¿Donde vive el padre?	Barrio: <input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
8.	¿Hace cuánto vive allí? (Escribir el tiempo correcto)	Cantidad de <input type="text"/> <input type="text"/>	Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
9.	¿Tiene costumbre de cambiar de casa?	<input type="checkbox"/> Sí →	Motivo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
ANTECEDENTES RESPIRATORIOS PATERNOS II					
1.	¿Le ha diagnosticado asma o broncoespasmo un médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	¿Presenta rinitis alérgica u otra manifestación de alergia (en la piel, alergia a alimentos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
ANTECEDENTES HERMANOS E					
ANTECEDENTES DE HERMANOS I					
1.	El niño fallecido, tiene hermanos de diferente madre y/o padre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
ANTECEDENTES RESPIRATORIOS DE HERMANOS II					
1.	¿Un médico le ha diagnosticado a los hermanos asma o broncoespasmo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	¿Presentan los hermanos rinitis alérgica u otra manifestación de alergia (en la piel, alergia a alimentos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
REDES Y COMUNIDAD F					
CONVIVIENTES I					
1.	¿Cuántas personas conviven juntas en la misma casa que el niño/a fallecida? Especificar número excluyendo a el niño/a fallecido/a?	<input type="text"/> <input type="text"/> personas			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA	MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/> Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>
2.	¿Quiénes componen el grupo de personas convivientes? (Parentescos en relación al niño/a) Marcar todas las opciones posibles	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Otro menor de 12 años <input type="checkbox"/> Otro mayor de 12 años <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
3.	Quiénes conforman la red social primaria de convivientes	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Pareja de la Madre <input type="checkbox"/> Pareja del Padre
4.	Personas con las cuales la madre/cuidador comparte preocupaciones sobre la salud de los niños. Marcar todas las opciones posibles	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Otro menor de 12 años <input type="checkbox"/> Otro mayor de 12 años <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
5.	¿Alguna otra persona participó / colaboró en la crianza de el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
6.	Detallar que persona participó / colaboró en la crianza de el/la niño/a. Marcar todas las opciones posibles	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Otro menor de 12 años <input type="checkbox"/> Otro mayor de 12 años <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
7.	¿Hay convivientes que hayan estado con alguna enfermedad en la última semana previa al fallecimiento de el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si no tuvieron enfermedades, Omite, Ns/Nc pasar a pregunta 9)			
8.	¿Cuál fue/fueron esa/s enfermedad/es?, Especificar:	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
9.	¿Hubo alguna situación estresante o evento grave en las últimas semanas, antes de fallecer, que haya afectado a uno o más convivientes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si no presentaron situaciones estresantes pasar a ítem "Fuentes de ingresos económicos en convivientes")			
10.	¿Cuál fue/fueron esa/s situación/es?, Especificar:	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
FUENTES DE INGRESOS ECONÓMICOS EN CONVIVIENTES II					
1.	¿Cuántos miembros convivientes trabajan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> personas	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
2.	¿Que tipo de trabajo realizan? ... Marcar todas las opciones	<input type="checkbox"/> Regularizado	<input type="checkbox"/> Informal	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
3.	¿La madre recibe apoyo económico de otras personas que no sean convivientes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
EDUCACIÓN DE LOS CONVIVIENTES III					
1.	¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado en el grupo conviviente?	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> Primaria completa	<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta (En curso)	<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta (Anbandonó)
		<input type="checkbox"/> Secundaria completa	<input type="checkbox"/> Terciario/Universitario incompleto	<input type="checkbox"/> Terciario/Universitario completo	<input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
HÁBITOS DE LOS CONVIVIENTES IV					
1.	¿Fumaba alguno de los convivientes mientras vivía el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	¿Consumía alguno de los convivientes otra droga/sustancia mientras el/la niño/a vivía? (droga, alcohol)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
REDES Y COMUNIDAD (EN RELACIÓN A LA MADRE / CUIDADOR) V					
1.	¿Existen situaciones de violencia en la red primaria?(vínculos violentos,descuido,maltrato,consumo,conflictos con la ley etc.)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	¿Conoce algún grupo comunitario, religioso, de actividades o encuentros barriales, recreativos, culturales, o políticos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si No Conoce, Omite, Ns/Nc pasar a pregunta 5)					

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
3.	¿Qué grupo/s conoce?, Especificar:	<input type="text"/>			
4.	Si participa en alguno de esos grupos, especificar cual/es:	<input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
5.	¿Realiza alguna actividad de recreación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
6.	¿Tiene amigas/os?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
7.	Ante un problema afectivo, económico, etc., si necesitas pedir un favor, ¿a quien se lo pedís?	<input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
8.	¿La madre o alguno de los convivientes recibe apoyo económico del Estado? (Asignación universal, bolsones, pensiones, etc.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
SOCIABILIZACIÓN Y MEDIO AMBIENTE G					
JARDÍN DE INFANTES O MATERNAL I					
1.	¿Conoce algún jardín de infantes o maternal o salita donde pueda dejar a los niños para su cuidado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
(Si es NO, Omite, Ns/Nc pasar a Item " Juegos")					
2.	¿Cuáles/es es/son es/esos lugar/es?	<input type="text"/>			
3	¿A que lugar/es concurría habitualmente?	Nombre:	<input type="text"/>		
		Barrio:	<input type="text"/>		
		Otro:	<input type="text"/>		
JUEGO II					
1.	¿Jugaba el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
2.	¿A que jugaba?	<input type="text"/>			
CUIDADOS PERSONALES III					
1.	Describir los hábitos de cuidado personal que el/la niño/a tenía, siguiendo la siguiente guía: higiene corporal, uso de jabón / shampoo, lavado de manos habitual, cepillado de dientes diario, ropa limpia, utensilios de cocina limpios, etc.	<input type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA	MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA	Florencio Varela <input type="checkbox"/>
	Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016	Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>

AMBIENTE SEGURO - PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

1.	Marcar todas las situaciones de riesgo de accidentes que se encuentran en la casa	<input type="checkbox"/> Enchufes sin protección /Art. Eléc. Descuidados <input type="checkbox"/> Riesgo de quemaduras por agua caliente / estufas / etc. <input type="checkbox"/> Riesgo de ahogamiento / sumersión en baño, tachos, etc. <input type="checkbox"/> Riesgo de caída de altura (camas elevadas/ escaleras/ casa en altura/ etc.) <input type="checkbox"/> Piedras y vidrios en el piso de la casa y en el exterior <input type="checkbox"/> Puerta de acceso a la vivienda sin cerradura <input type="checkbox"/> Animales en la casa no adiestrados / no vacunados <input type="checkbox"/> Elementos de limpieza / medicamentos u otros tóxicos a la alcance de los niños. <input type="checkbox"/> Otro, especificar ↓ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
----	---	---

VIVIENDA Y SERVICIOS (VIVIENDA DONDE RESIDÍA EL NIÑO/A) **H**

VIVIENDA - DATOS OBTENIDOS POR OBSERVACIÓN **I**

1.	Municipio de la vivienda:	<input type="text"/>
2.	Tipo de zona donde vive:	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Asentamiento
3.	Condiciones mayoritarias de las calles del barrio:	<input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Asfalto <input type="checkbox"/> Tosca
4.	Zona anegable:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
5.	Existencia de sitios contaminantes (basurales, criaderos, curtiembres etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
6.	Acceso a medios de transporte público, conectividades.	<input type="checkbox"/> Fácil acceso <input type="checkbox"/> Difícil acceso <input type="checkbox"/> Otro
7.	Número de habitaciones (excluyendo baño y cocina):	<input type="text"/> <input type="text"/> habitaciones <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
8.	La vivienda del niño/a era ¿independiente o múltiple?:	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Múltiple	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
9.	Materiales principales de la vivienda:	<input type="checkbox"/> Chapa	<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> Cartón	<input type="checkbox"/> Adobe
		<input type="checkbox"/> Cemento	<input type="checkbox"/> Otros		
10.	Techo:	<input type="checkbox"/> Chapa	<input type="checkbox"/> Losa	<input type="checkbox"/> Cartón	<input type="checkbox"/> Otros
11.	Piso:	<input type="checkbox"/> Tierra	<input type="checkbox"/> Cemento	<input type="checkbox"/> Cemento / mosaico	<input type="checkbox"/> Otros
12.	Baño: Marcar todas las que correspondan	<input type="checkbox"/> Único familiar	<input type="checkbox"/> Compartido	<input type="checkbox"/> Fuera de la casa	<input type="checkbox"/> Dentro de la casa
		<input type="checkbox"/> Inodoro	<input type="checkbox"/> Letrina	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
SERVICIOS - DATOS OBTENIDOS POR OBSERVACIÓN					II
1.	Agua de consumo:	<input type="checkbox"/> Segura	<input type="checkbox"/> No segura	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	Lugar de acceso al agua :	<input type="checkbox"/> Dentro de la vivienda	<input type="checkbox"/> Fuera de la vivienda	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
3.	Fuente del agua:	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> De pozo	<input type="checkbox"/> Otro	Especificar <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
4.	Modo de calefacción:	<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> Garrafa	<input type="checkbox"/> Leña	<input type="checkbox"/> Eléctrica
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
5.	Modo de cocina:	<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> Garrafa	<input type="checkbox"/> Leña	<input type="checkbox"/> Eléctrica
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
6.	Describir elementos de la vivienda, por fuera y por dentro, que le llamen la atención y que no estén especificadas en otra parte:	<input type="text"/>			

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA	MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016	Florencio Varela <input type="checkbox"/>
		Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>
REGISTROS MÉDICOS (Libreta sanitaria- Historia Clínica - Resumen Historia Clínica)		I
(Si No posee registros médicos pasar a " Proceso de Muerte")		
EMBARAZO		
1.	¿Posee la madre/familia la libreta del control del embarazo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	Datos que la libreta del embarazo posee:	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
CONTROL DEL NIÑO/A		
1.	¿Tiene la libreta de control de salud de el/la niño/a?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	Datos que la libreta del control de salud posee:	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
NEONATOLOGÍA		
1.	¿Existe historia clínica del niño/a en neonatología?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	Datos que la historia clínica de neonatología posee:	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
HISTORIA CLÍNICA HOSPITAL		
1.	¿Existe historia clínica del niño/a en algún hospital?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	Datos que la historia clínica del hospital posee:	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
HISTORIA CLÍNICA CENTRO DE SALUD		
1.	¿Existe historia clínica del niño/a en un centro de salud?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	Datos que la historia clínica del centro de salud posee:	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
PROCESO DEL EVENTO DE MUERTE		J
TIEMPO Y LUGAR DE MUERTE		
1.	¿Cuál es la fecha del fallecimiento del niño/niña ?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
2.	¿Cuánto tiempo duró la enfermedad que le provocó la muerte?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> días	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
3.	¿Dónde falleció el niño/niña?	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Centro de salud	<input type="checkbox"/> Camino al hospital o centro de salud	<input type="checkbox"/> Hogar
		<input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc	
AUTOPSIA II					
1.	¿Tiene autopsia realizada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
SISTEMA DE SALUD Y ACCESIBILIDAD EN RELACION AL EVENTO III					
1.	¿Concurrió a algún lugar de salud durante la enfermedad que tuvo el/la niño/a ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si Responde NO, Ns/Nc u Omite pasar a pregunta 11)					
2.	¿A qué lugar de salud o servicio concurrió?	<input type="checkbox"/> Hospital público	<input type="checkbox"/> Centro de salud	<input type="checkbox"/> Hospital privado	<input type="checkbox"/> Obra social
		<input type="checkbox"/> En la casa	<input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
3.	¿Fue atendido por el mismo médico/personal del equipo de salud que lo veía habitualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
4.	¿Cuánto tiempo de viaje tuvo hasta el lugar donde fue asistido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
5.	¿La atendieron con turno?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
6.	¿Cuándo pidió el turno, accedió fácilmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
7.	Entre que llegó y el niño/niña fue atendido, ¿cuánto tiempo pasó?	<input type="checkbox"/> Poco tiempo	<input type="checkbox"/> Mucho tiempo	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
8.	¿Le pidieron que realice algún estudio médico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si es NO, Omite, Ns/Nc pasar a " Representacion Grafica del proceso de Muerte")					

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

9.	¿Se hizo los estudios que le pidieron?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
10.	¿Cuál/es son los estudios que le realizaron al niño/a ? Describir				
		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
11.	Si no concurrió a algún centro de salud, ¿Cuál fue la razón por lo que no concurrió? Marque todas las opciones posibles	<input type="checkbox"/> El niño/niña estaba bien, no necesitaba control médico <input type="checkbox"/> Obstáculos (temores, expectativas) <input type="checkbox"/> No tiene acompañamiento <input type="checkbox"/> No tiene con quien dejar a sus hijos <input type="checkbox"/> Le queda muy lejos <input type="checkbox"/> No tiene transporte desde el domicilio al servicio de salud <input type="checkbox"/> No la atienden en el servicio de salud <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> No hay turnos <input type="checkbox"/> No hay médicos <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc			

REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL PROCESO IV

1.	<p style="text-align: center;">Lugar del fallecimiento(1) <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Destino(2): <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Destino(2): <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Destino(2): <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Destino(2): <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>(1) Lugar del fallecimiento:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td>Hogar</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td>Institución</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">C</td><td>Medio de transporte</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td>Otro (especificar en el recuadro)</td></tr> </table> </div> <div style="width: 45%;"> <p>(2) Destinos:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td>Centro de salud</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Otro domicilio particular</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Hospital - guardia externa</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Hospital - Morgue</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>Morgue judicial</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Otro (especificar en el recuadro)</td></tr> </table> </div> </div>	A	Hogar	B	Institución	C	Medio de transporte	D	Otro (especificar en el recuadro)	1	Centro de salud	2	Otro domicilio particular	3	Hospital - guardia externa	4	Hospital - Morgue	5	Morgue judicial	6	Otro (especificar en el recuadro)	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Hora fallecido: <input style="width: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <input type="checkbox"/> Auto particular <input type="checkbox"/> Transporte publico <input type="checkbox"/> A pie <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Patrullero </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Hora de llegada: <input style="width: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <input type="checkbox"/> A pie <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Patrullero <input type="checkbox"/> Auto particular <input type="checkbox"/> Transporte publico </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Hora de llegada: <input style="width: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <input type="checkbox"/> A pie <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Patrullero <input type="checkbox"/> Auto particular <input type="checkbox"/> Transporte publico </div> <div style="padding: 5px;"> <p>Hora de llegada: <input style="width: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/></p> </div>
A	Hogar																					
B	Institución																					
C	Medio de transporte																					
D	Otro (especificar en el recuadro)																					
1	Centro de salud																					
2	Otro domicilio particular																					
3	Hospital - guardia externa																					
4	Hospital - Morgue																					
5	Morgue judicial																					
6	Otro (especificar en el recuadro)																					

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA		Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
						Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
EVENTO DE MUERTE						K	
ANTECEDENTES NEONATALES PREVIOS AL EVENTO DE MUERTE						I	
1.	¿Tenía el/la niño/a al nacer algún moretón o marcas de lastimaduras en su cuerpo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
2.	Al nacer ¿Tenía el/la niño/a alguna parte diferente o anomalía en su cuerpo? Por ejemplo, alguna parte del cuerpo muy grande o muy chica.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
3.	¿Donde tenía esas anomalías al momento de su nacimiento?	<input type="checkbox"/> La cabeza era muy chiquita <input type="checkbox"/> La cabeza era muy grande <input type="checkbox"/> Tenía un tumor o una masa en la parte de atrás de la cabeza o en la columna <input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc					
4.	¿Respiró el/la niño/a inmediatamente después de nacer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
5.	¿Tuvo el/la niño/a al nacer dificultades para respirar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
6.	¿Se hizo algo en el momento que nació para ayudarlo/a que pueda respirar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
7.	¿Lloró el/la niño/a inmediatamente después de nacer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
8.	¿Cuánto tiempo tardó el/la niño/a en llorar después de nacer? Marcar una sola opción.	<input type="checkbox"/> En los primeros 5 minutos de nacer <input type="checkbox"/> En los primeros 6-30 minutos de nacer <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc					
9.	¿En algún momento después del parto, dejó de ser capaz de llorar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
10.	¿Cuánto tiempo antes de fallecer el/la niño/a dejó de llorar?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 día	<input type="checkbox"/> 1 día o más	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		
11.	¿El/la bebé fue capaz de succionar bien en primer día de vida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc		

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
12.	¿El/la niño/a pudo succionar bien en algún momento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
13.	¿Alguna vez dejó de ser capaz de succionar normalmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
14.	¿Cuánto tiempo después de nacer el/la niño/a dejó de ser capaz de succionar?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 día	<input type="checkbox"/> 1 día o más	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
15.	¿Alguna vez dejó de ser capaz de succionar normalmente?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 día	<input type="checkbox"/> 1 día o más	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
16.	Cuándo dejó de poder succionar normalmente, ¿podía abrir la boca?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
EVENTO DE MUERTE					II
1.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿tuvo dificultad para respirar normalmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si responde No, Omite, Ns/Nc pasar a Preg 3)					
2.	¿Cuántos días duró la dificultad respiratoria?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> días		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
3.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿El /la niño/a tuvo tos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si responde No, Omite, Ns/Nc pasar a Preg 7)					
4.	¿Cuántos días duró la tos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> días		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
5.	¿La tos era muy grave, intensa? ¿Cambió de color la cara o boca, se puso morado/a azul?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
6.	¿El/la niño/a vomitó después de toser?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
7.	Durante la enfermedad que le provocó la muerte ¿estuvo respirando más rápido de lo habitual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
8.	¿Cuántos días duró la respiración más rápida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> días		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
9.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿se le hundía el pecho cuando respiraba?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
10.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿hacia ruido de quejidos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
11.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿tuvo espasmos o convulsiones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
12.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿El/la niño/a tuvo convulsiones generalizadas o localizadas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
13.	¿Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿Tuvo el/la niño/a rigidez en el cuello?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
14.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿tuvo la mollerita/fontanela abultada, hinchada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
15.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿El/la niño/a tuvo fiebre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si responde No, Omite, Ns/Nc pasar a Preg 18)					
16.	¿Cuántos días duró la fiebre?	<input type="text"/> días		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
17.	¿Como fue la gravedad de la fiebre?	<input type="checkbox"/> Leve (<38°C)	<input type="checkbox"/> Moderada (entre 38-39°C)	<input type="checkbox"/> Severa (>39°C, o con cambios de color en piel)	<input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc
18.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿lo/a notó frío/a cuando lo/a tocaba?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si responde No, Omite, Ns/Nc pasar a Preg 20)					
19.	¿Cuántos días lo/a sintió frío/a cuando lo/a tocaba?	<input type="text"/> días		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
20.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿estuvo dormido, difícil de despertar luego de haber estado conectado/a y despierto/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
21.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿estuvo inconciente, indiferente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
22.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿hacia el/la niño/a más veces caca de lo habitual, o era más líquida y/o la caca fue más abundante?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
(Si responde No, Omite, Ns/Nc pasar a Preg 27)					

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

FICHA	MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/> Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>
23.	¿Cuántas veces hizo caca el/la niño/a el día que hizo más cantidad de lo habitual?	<input type="text"/> <input type="text"/> veces <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
24.	¿Cuántos días antes de fallecer comenzó a hacer más veces caca de lo habitual o las cacas comenzaron a ser mas líquidas de lo habitual?	<input type="text"/> <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> Menos de 24 hs <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
25.	¿Las cacas más frecuentes de lo habitual o las cacas más líquidas de lo habitual continuaron hasta el día que el/la niño/a falleció?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
26.	¿Cuántos días antes de fallecer dejó de hacer cacas más líquidas de lo habitual o las cacas dejaron de ser más líquidas?	<input type="text"/> <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> Menos de 24 hs <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
27.	¿En las cacas que hacía se veía sangre?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
28.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte ¿el/la niño/a vomitaba todo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
29.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte, ¿tuvo erupción - rash en la piel?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
30.	Durante el tiempo que tuvo la enfermedad que le provocó la muerte, ¿tuvo úlceras, lesiones o lastimaduras en la piel??	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
31.	¿Parecía que el/la niño/a estaba sano/a y luego murió de repente, súbitamente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc	
32.	¿Sufrió el/la niño/a alguna de las siguientes heridas o accidentes? Marcar todas en las que responda Si.	<input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Accidente de transito <input type="checkbox"/> Ahogamiento <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Mordedura de animal <input type="checkbox"/> Violencia (suicidio, homicidio, abuso, etc) <input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omite <input type="checkbox"/> Ns/Nc <input type="checkbox"/> No	
(Si responde No,Omite, Ns/Nc pasar a "Antecedentes en la comunidad")			

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/>	
				Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
33.	¿La herida o accidente fueron intencionales, provocadas o Accidentales?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
34.	¿Cuántas horas sobrevivió después de sufrir la herida o accidente?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> días	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
ANTECEDENTES EN LA COMUNIDAD L					
FALLECIDOS EN LA COMUNIDAD I					
1.	¿Existe algún caso de niño/a fallecido , menor a 14 años en los últimos 12 meses, en la familia, grupo conviviente o vecino cercano del/la niño/a fallecido/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
2.	¿Quién falleció?	<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Primo /Tio	<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Amigo
		<input type="checkbox"/> Otro: Especificar <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
3.	¿Cuándo falleció?	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Año	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
4.	Causa del fallecimiento	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
5.	Lugar del fallecimiento	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Vía Pública	<input type="checkbox"/> Omite	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
6.	Observaciones	<input type="text"/>			
DATOS DEL FORMULARIO Z					
ENTREVISTADOR I					
1.	Nombre y apellido	<input type="text"/>			
	Firma	<input type="text"/>			
	Fecha	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Codificación: dos letras nombre, dos letras apellido y fecha de nacimiento

FICHA		MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA Fundación Infant - Versión 2.1 - Octubre 2016		Florencio Varela <input type="checkbox"/> Lomas de Zamora <input type="checkbox"/>	
2.	Nombre y apellido Firma Fecha			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
3.	Nombre y apellido Firma Fecha			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
REVISIÓN II					
1.	Nombre y apellido Fecha		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
2.	Nombre y apellido Fecha		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
3.	Nombre y apellido Fecha		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
CARGA EN BASE DE DATOS III					
1.	Nombre y apellido Fecha		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
2.	Nombre y apellido Fecha		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
3.	Nombre y apellido Fecha		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		

Identificación del Paciente: ____ - ____ - ____ - ____ - ____