

Vigilancia epidemiológica de la mortalidad relacionada con el desastre.

Llenar un formulario por cada persona fallecida

Form V1.1
Rev.03/21/2007

Llene el formulario de mortalidad para todas las muertes relacionadas con un desastre: Esta información debe obtenerse de un médico forense, un funcionario forense, un hospital, una funeraria o una oficina de DMORT (equipo de respuesta operativa para la recuperación, identificación y procesamiento forense de víctimas durante desastres). Por favor llenar un formulario por persona fallecida.

Parte I Información general			
1. Tipo de desastre: <input type="checkbox"/> Huracán (nombre _____) <input type="checkbox"/> Ola de calor <input type="checkbox"/> Tornado <input type="checkbox"/> Desastre tecnológico <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Terrorismo <input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	2. Tipo de instalaciones (fuente de la información): Por favor marque la que mejor corresponda. <input type="checkbox"/> Oficina del médico forense <input type="checkbox"/> Funeraria <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos <input type="checkbox"/> Oficina del forense <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Oficina de DMORT <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____		
3. Dirección de las instalaciones: Calle _____ Condado/parroquia _____ Estado _____ Código postal _____	4. Persona de contacto (informante): Nombre _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____		
Parte II Información sobre la persona fallecida			
5. Caso / número del historial médico: _____		6. ¿Se identificó el cuerpo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente	
7. Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) __/__/__ <input type="checkbox"/> Se desconoce		8. Edad en años: _____ <input type="checkbox"/> < 1 año <input type="checkbox"/> Se desconoce	
9. Dirección de la residencia de la persona fallecida: Calle _____ Condado/parroquia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	10. Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Se desconoce	11. Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra raza	
12. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado	13. Fecha de la muerte: (MM/DD/AA) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Se desconoce	14. Hora de la muerte: <input type="checkbox"/> ____ (formato de 24 horas) <input type="checkbox"/> Se desconoce	15. Fecha cuando se recuperó el cuerpo: (MM/DD/AA) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Se desconoce
16. Hora cuando se recuperó el cuerpo: <input type="checkbox"/> ____ (formato de 24 horas) <input type="checkbox"/> Se desconoce	17. Lugar de la muerte o donde se recuperó el cuerpo: <input type="checkbox"/> Residencia de la persona fallecida <input type="checkbox"/> Centro de evacuación/refugio <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hotel/motel <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos / institución de cuidado a largo plazo <input type="checkbox"/> Centro de atención de enfermos terminales <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Calle/Carretera <input type="checkbox"/> Prisión o centro de detención <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____		
18. Lugar de la muerte o donde se recuperó el cuerpo: Estado ____ condado/parroquia _____ Intersección _____	19. Antes de su muerte, el individuo era: <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> No residente-intraestatal <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> No residente-interestatal <input type="checkbox"/> Otro _____		
20. ¿El individuo que participaba en las acciones de respuesta era un trabajador voluntario o a sueldo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	21. El cuerpo fue recuperado por: <input type="checkbox"/> Autoridades de seguridad <input type="checkbox"/> Departamento de bomberos <input type="checkbox"/> DMORT <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> Búsqueda y rescate <input type="checkbox"/> Familia o individuo <input type="checkbox"/> Se desconoce		
Parte III Causa y circunstancias de la muerte (Marque la opción que mejor corresponda)			
22. Mecanismo o causa de la muerte- Lesión <input type="checkbox"/> Ahogamiento <input type="checkbox"/> Electrocuación <input type="checkbox"/> Rayos durante tormenta eléctrica <input type="checkbox"/> Pasajero/conductor de un vehículo automotor <input type="checkbox"/> Peatón/ciclista atropellado por un vehículo <input type="checkbox"/> Derrumbe estructural <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Cortadura/impacto por objeto/herramienta <input type="checkbox"/> Intoxicación / exposición tóxica: <input type="checkbox"/> Exposición al monóxido de carbono <input type="checkbox"/> Inhalación de otros vapores/humo, polvo, gases <input type="checkbox"/> Ingestión de drogas o sustancias <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Ahogo/asfixia <input type="checkbox"/> Quemaduras (llamas o químicas) <input type="checkbox"/> Arma de fuego/disparo <input type="checkbox"/> Calor extremo (por ejemplo, hipertermia) <input type="checkbox"/> Frío extremo (por ejemplo, hipotermia) <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Causa de lesión desconocida		23. Causa de la muerte- Enfermedad <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos <input type="checkbox"/> Meningitis/encefalitis <input type="checkbox"/> Trastorno con convulsiones <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (hemorrágico o trombótico) <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiovascular <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular arteriosclerótica (ASCVD) <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Gastrointestinal y endocrina <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Complicaciones de la diabetes <input type="checkbox"/> Septicemia <input type="checkbox"/> Deshidratación <input type="checkbox"/> Reacción alérgica <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad de causa desconocida	
24. Causa de muerte: <input type="checkbox"/> Confirmada <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Por determinar <input type="checkbox"/> Se desconoce		25. Relación de la causa de muerte con el desastre: <input type="checkbox"/> Directa <input type="checkbox"/> Posible <input type="checkbox"/> Indirecta <input type="checkbox"/> Indeterminada	
26. Circunstancias de la muerte: (redacción libre)		27. Intención/modo de muerte: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Por determinar <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Indeterminado	
28. ¿Quién firmó el certificado de defunción? <input type="checkbox"/> Médico forense/Funcionario forense <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> No se firmó		29. Fecha cuando se hizo el informe: (MM/DD/AA) ____/____/____	