









SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Formulario de recolección

Entrevista familiar - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-086 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA										
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				FECHA	DE DEFU	NCIÓN		/] / [
1.1 Tipo de documento *						1.2 Nú	mero de	identificació		
•	MS OAS OPE	E OCN OCD	O sc	O DE	ОРТ					
			PA : PASAPOI		MENOR SIN ID	I AS: ADL	JLTO SIN ID F	PE : PERMISO ESPE	CIAL DE PERMA	ANENCIA I
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CN : CERTIFICADO DE NACIDO V	IVO CD: CARNÉ DIPLOMÁT	ICO SC : SALVOCONDUC	TO DE : DOC	UMENTO E	XTRANJERO	PT : PERM	IISO POR PRO	TECCION TEMPOR	AL	
1.3 Nombres y apellidos *										
	2 DAT	OS GENERALE	S DE I A	ENTD	EVISTA					
2.1 Fecha de inicio de la entrevista (dd/mm/aaa	ia) 2.2 Hora de in	nicio de la entrevist	a 2.3	Departar	mento y m	unicipio	donde se	realiza la visit	:a	
/ / /									Departamento	Municipio
2.4 Nombres y apellidos del pariente								2.5 Teléfono		
2.6 Parentesco										
 1. El cónyuge o compañero permanent 	е	O 5. Abuela (o))			C	9. Otro			
O 2. Madre / Padre		○ 6. Hija (o)				2	2.6.1 ¿Cuál c	otro?		
O 3. Hermana (o)		○ 7. Nuera / Ye	erno							
O 4. Cuñada (o)		O 8. Suegra (o)							
		3. MU	JJER							
3.1 Años de escolaridad que aprobó la mujer fa	allecida	3.2 ¿Usted sabe	si la mujer	fallecida	a tuvo algı	ún traba	jo remune	rado en los úl	timos 12 me	eses?
O 1. Preescolar O 8. Tec	cnológica	_	-	1. Si	_	2. No	=	. No sabe		
O 2. Básica primaria O 9. Pro	•			1. 01		110		. 140 3000		
	specialización	3.3 ¿La mujer fall	ecida era	cabeza d	de familia?	?(¿Tenía	personas	a su cargo?)		
O 4. Media académica o clásica O 11. Ma										
O 5. Media técnica O 12. Do			0	1. Si	0 2	2. No	0 3	. No sabe		
0 6. Normalista 0 13. Ni		3.4 ¿Alguna vez l	a mujer fa	llecida n	nanifestá (desens (de auerers	e morir nor es	star embaraz	
	n información	5.4 ¿Alguna vez i	-				-	-	itai Cinibaraz	.ada i
5 14. 6	T IIIIOTTIAOIOTT		0	1. Si	0 2	2. No	0 3	. No sabe		,
		4. FAI	MILIA							
4.1 Las decisiones tomadas en la familia deper	ndían principalmente	de			4.2 El ing	reso me	ensual pro	medio del núc	leo familiar,	incluyendo
					el de la n	nujer fall	lecida si tr	abajaba, era	•	
O 1. La mujer fallecida	O 7. La m	adre del cónyuge			O 1. Menos de un SMMLV					
O 2. El cónyuge o compañero permanente O 8. El padre del cónyuge					0 2.	. Un SM	IMLV			
O 3. La mujer fallecida y su cónyuge O 9. Los padres del cónyug			е		0 3.	. Entre d	dos y tres	SMMLV		
O 4. La madre de la mujer fallecida O 10. Otros miembros de la			familia		0 4.	. Más de	e tres SM	MLV		
O 5. El padre de la mujer fallecida O 11. La mujer fallecida y s			u familia		0 5.	. Ningur	10			
O 6. Los padres de la mujer fallecida	O 12. No	sabe			0 6.	. No sat	e			
	4 4 ¿Durante la e	ntrevista se observ	a vivienda	con ser	rvicios núl	hlicos (a	ngua luz a	lcantarillado	nas)?	
4.3 Cuantas personas dependían de este ingreso			. No		. No se tie	•		•	g, .	
Número de personas		1.01	140		. 140 30 110	one acc		IVICIIGA		
4.5 ¿Durante la entrevista familiar se observa v de basuras, roedores, inadecuada eliminación		o 1. S	Si (O 2. No) (⊃ 3. No	se tiene	acceso a la v	rivienda	
4.6 ¿Durante la entrevista se evidencia hacina	miento?	O 1. Si	2. No	0	3. No se	tiene a	icceso a la	a vivienda		,
		5. COM	UNIDAD	1						
5.1 ¿Durante el embarazo, parto o puerperio la una red de apoyo comunitario (Comités de sa mujeres, Juntas de acción comunal, entre otra	lud comunitarios, As	ociación de						a muerte la mu sa civil, cruz r		
O 1. Si O 3. No existen redes de apoyo comunitario				(O 1. Si			○ 3. No ap	olica	
O 2. No necesitó ayuda O 4. No sab				(⊃ 2. No			○ 4. No sa		
5.3 ¿La mujer fallecida obtuvo respuesta de la de salud u hospital, defensa civil, cruz roja, er	ा ayuda solicitada (Po ntre otros)?	olicía, Centro	5.4 S barre	Si durant ras para	te la comp acceder a	licación al servici	que llevo io de saluc	a la muerte, la l, estas fueror	nujer falle	cida tuvo
0 1. Si 0	3. No aplica			0 1	. Económ	nicas		4. De or	rden público	o

O 2. Geográficas

O 3. Culturales

O 5. Administrativas

O 6. Ninguna

Correo: sivigila@ins.gov.co

O 2. No

O 4. No sabe











SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila Formulario de recolección

Entrevista familiar - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-086 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA							
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		FECHA DE DEFUNCIÓN	/				
Tipo de documento *		Número	de identificación	*			
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OF	S OPE OCN OCD O	SC ODE OPT					
RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUD. CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CD: CARI	ADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA - PA : PA: NÉ DIPLOMÁTICO SC : SALVOCONDUCTO DE	SAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADUL [] : DOCUMENTO EXTRANJERO PT : PERMIS	TO SIN ID PE : PERMISO ES O POR PROTECCION TEMP	SPECIAL DE PERMANENCIA ORAL			
Nombres y apellidos *							
6. ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES Y PRENATALES DE LA MUJER FALLECIDA							
6.1 ANTECEDENTES DE LA MUJER FALLECIDA							
☐ Diabetes ☐	Cáncer	☐ Malaria					
☐ Hipertensión arterial ☐	Trastornos mentales	☐ VIH					
	Enfermedades del tracto urinario	☐ Ninguno 6.	i.6.1 ¿Cuál otro?				
☐ Enfermedades autoinmunes ☐	Tuberculosis	Otro					
6.2 ¿La mujer fallecida usaba algún método para regulad	ión de la fecundidad?	O 1. Si O 2. N	lo 0 3. No s	sabe			
6.3 ¿Qué método de regulación de la fecundidad utilizal	oa? 6.4 ¿Por qué no usaba nin	gún método para regulación de	la fecundidad?				
O 1. Barrera	O 1. Barrera O 1. Por creencias religiosas O 8. No sabe						
O 2. Hormonales	O 2. Oposición del compañero u otro familiar O 6. Otra						
3. Dispositivo intrauterino		 3. No quería porque estaba buscando la gestación 4. No lo consideraba importante 					
4. Quirúrgicos5. Naturales	O 5. No tuvo acceso	а ітіропаніе					
○ 6. No sabe	O 7. No aplica						
6.5 ¿La mujer fallecida realizó consulta preconcepcional	? 0 1. Si 0 2.	No O 3. No sabe					
6.6 Nombre de la(s) institución(es) y municipio(s) donde	realizó la consulta preconcepciona	al					
1 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DEPARTAMENTO / MUNICIPIO							
2 NOMBRE DE LA INSTIT	UCIÓN	Departamento Municipio DEPARTAMENTO / MUNICIPIO					
Departamento Municipio							
6.7 ¿Durante la consulta preconcepcional se identificó algún riesgo a la mujer fallecida? O 1. Si O 2. No O 3. No sabe							
6.8 Describa el riesgo identificado en la consulta precon	cepcional						
6.9 ¿La mujer fallecida recibió (durante la consulta prec	oncepcional) información acerca d	el riesgo de quedar embarazada	dado su problema d	le salud?			
O 1. Si	O 2. NO O 3. No	aplica O 4. No sabe					

Correo: sivigila@ins.gov.co











SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila Formulario de recolección

Entrevista familiar - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-086 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09 RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA								
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		FECHA DE DEF	UNCIÓN	/	/			
Tipo de documento *			Número o	de identificació	n *			
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN	O CD (OSC ODE OPT						
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA - PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO SC : SALVOCONDUCTO DE : DOCUMENTO EXTRANJERO PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL								
Nombres y apellidos *								
7. DATOS RELACIONADOS CON EL CONTROL PRENATAL								
7.1 ¿La mujer fallecida asistió a control prenatal? 0 1. Si	O 2. No	○ 3. No sal	be					
7.2 Nombre de la(s) institución(es) y municipio(s) donde realizó el control pre								
1 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	DEPARTAMENTO / MUNICIPIO Departamento Municipio							
2 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		DEDARTALIS	INTO (AC					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		DEPARTAME	ENTO/MU		Departamento	Municipio		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		DEPARTAME	ENTO / MU					
					Departamento	Municipio		
4 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		DEPARTAME	ENTO / MU		Departamento	Municipio		
					Departamento	Wallicipio		
5 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	-	DEPARTAME	ENTO / MU		Departamento	Municipio		
7.3 ¿Durante el control prenatal se identificó algún riesgo a la mujer fallecida?	,	O 1. Si	O 2. No	O 3. No	sabe			
7.4 Describa el riesgo identificado durante el control prenatal								
7.5 ¿La mujer fallecida recibió instrucciones o recomendaciones para el reco de señales de alerta y el cuidado de su embarazo?	nocimiento	○ 1. Si	O 2. No	O 3. No	sabe			
7.6 ¿La mujer fallecida siguió estas instrucciones?	O 1. Si	O 2. No	O 3. No a	plica 04	. No sabe			
7.7 ¿Por qué no asistió al control prenatal o dejo de asistir a alguna cita?				•				
1. Es lejano del sitio de atención	0 7 FI	servicio de salud es	stá cerrado					
2. Porque no le dieron permiso en el trabajo		8. Problemas de orden público						
 3. Por falta de recursos económicos 	O 10. N	O 10. No aplica						
O 4. Por experiencias negativas con el servicio de salud		No sabe						
 5. Porque no lo consideró importante 6. El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo 	○ 9. O t	trO 7.7.1 ¿Cuál otro	o? Especifique					
7.8 ¿La mujer fallecida en algún momento pensó en interrumpir su embarazo	7.9 ¿L	.a mujer fallecida tuvo	respuesta	7.10 ¿La r	nujer fallecio	la estuvo		
1. Si pensó interrumpir su embarazo y solicitó procedimiento	frente	a la solicitud del proc pción del embarazo?	edimiento par	ra hospitaliz		ió atención por		
O 2. Si pensó interrumpir su embarazo pero no solicitó procedimiento		•	No sabe	0 1.		3. No sabe		
3. No pensó interrumpir su embarazo4. No sabe			No aplica	0 2.		5 0. 140 Gabo		
7.11 Describa el motivo de la hospitalización								
7.12 Nombre de la Institución donde recibió atención por urgencias								
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		DEPARTAME	NTO / MU		Departamento	Municipio		
					Dopartamento -	wantapio		











SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila Formulario de recolección

Entrevista familiar - Mortalidad Materna

EOD-DO2 0000-086 V/00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y		n el proceso deben garantiz	ar la confidencialidad d	e la información LEY 1273/09 y 1266/09			
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		FECHA DE DEFUNCIÓ	N /	/			
Tipo de documento *		Núr	nero de identificad	ción *			
ORC OTI OCC OCE OPA OMS	O AS O PE O CN O CD O SC	O DE O PT					
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDUL	A CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA - PA : PASAPO D: CARNÉ DIPLOMÁTICO SC : SALVOCONDUCTO DE : DOC	RTE MS : MENOR SIN ID AS :	ADULTO SIN ID PE : PERM	ISO ESPECIAL DE PERMANENCIA			
Nombres y apellidos *				·			
	8. DATOS DE LA MORTALIDA	AD MATERNA					
0.4 Passilla la saudición de la maior avenda fella	1	AD MATERINA					
 8.1 Describa la condición de la mujer cuando falleo 1. Estaba embarazada sin trabajo de parto 	8.2 ¿Cuánto tiempo pasó desde	8.2.1 Tiem	ро	8.2.2 Unidad de medida			
 2. Durante el trabajo de parto 	que comenzó el problema (o los			O 1. Días O 3. Minutos			
3. Estuvo embarazada en los últimos 42 día	síntomas iniciales), que provocó muerte hasta que falleció?	la		O 2. Horas			
O 4. No sabe	muerte nasta que fanceio						
8.3 ¿La mujer fallecida recibió asistencia médica d	urante la complicación que la llevo a la mue	rte? 0 1. Si	O 2. No	O 3. No sabe			
8.4 ¿Quién/es la atendieron en el momento de la 8.5 Si no buscaron ayuda médica, ¿Cuál/es fueron la/s razón/es?							
complicación que llevo a la muerte?	O 1. Idea de que los síntomas eran n	ormales o pasajeros	O 8. Problemas	s de orden público			
O 1. Profesionales de la salud	○ 2. Falta de confianza en el centro de salud / hospital ○ 9. Oposición familiar						
O 2. Partera	O 3. Temor por haberse hecho un ab	orto	O 11. No sabe				
O 3. Curandero	O 4. Falta de dinero para transportarse O 12. No aplica						
O 4. Familiar/ vecino	○ 5. Tener que pagar la atención ○ 10. Otra 8.5.1 Especifique una razón						
O 5. Nadie la atendió	6. Falta de medio de transporte en esos momentos						
○ 6. No sabe	O 7. Lejanía del centro de salud/hosp	ital					
8.6 ¿Consideraban que el problema de salud podrí	a ocasionarle la muerte?	0 1. Si 0 2	. No O 3. N	lo sabe			
8.7 ¿Cuándo le(s) informaron sobre el fallecimiento	o, le(s) explicaron por qué razón había muert	o? 0 1. Si	O 2. No	O 3. No sabe			
8.8 Condición final del producto de la gestación							
 1. Nació vivo y sigue vivo 	O 4. Fue al	oorto		O 7. No sabe			
O 2. Nació vivo pero murió antes de cumplir 7	días de vida O 5. Muerte	e fetal (Murió en útero	y no nació)				
O 3. Nació vivo pero murió después de la prim	nera semana de vida O 6. Nació	muerto					
	9. BARRERAS FRENTE A LA	A ATENCIÓN					
9.1 La mujer fallecida tuvo barreras para el acceso	a la atención en salud por su cultura o idior	na 0 1. Si	O 2. No	O 3. No sabe			
9.2 Consideran que el trato brindado en las Institutodo el proceso de atención	ciones de salud fue bueno y respetuoso dur	ante O 1. Si	O 2. No	O 3. No sabe			
9.3 Si durante el embarazo, parto o puerperio la ma a la atención en salud, fue a raíz de	9.4 Si durante el embarazo, parto o puerperio, solicitaron exámenes a la mujer fallecida, pudo acceder a ellos						
O 1. Tardó en solicitar la autorización a la asegurad	dora O 7. No aplica	O 1. Si pudo acceder					
O 2. La aseguradora tardó en realizar la autorizació	O 2. Si pudo acceder fuera del tiempo para realizar el diagnóstico						
O 3. No se autorizó por parte de la aseguradora	O 3. No se realizó la gestión para acceder a los exámenes						
O 4. Se autorizó, pero la gestante no accedió al ser	O 4. No pudo acceder porque le negaron la autorización						
O 5. No estaba afiliada	O 5. No asistió a la cita agendada						
O 6. No presentó demoras para acceder a la atenci	ón	O 6. No solicitaron exámenes					
	10. DATOS DE CIERRE DE E	NTREVISTA					
10.1 Sr. (Sra.) Entrevistador (a): en este espacio and	ote los comentarios que considere importan	es y no hayan sido cub	iertos con las pregu	ntas anteriores:			
10.2 Apellidos, Nombres - cargo e institución (es) d	e la (s) persona (s) que realiza (n) la entrevis	ta familiar					
NOMBRES Y APELLID	008	CARGO	INISTITI	CIÓN QUE REPRESENTA			
NOMBRES Y APELLID	<u></u>	CARGO	INSTITU	CIÓN QUE REPRESENTA			

Correo: sivigila@ins.gov.co

10.3 Fecha de finalización de la entrevista (dd/mm/aaaa) 10.4 Hora de finalización de la entrevista