

Ministerio de Salud- Sistema Nacional de Mortalidad Infantil y Materna – SIMMI

## MANUAL REGISTRO DE NOTIFICACION EN EL SISTEMA DE MORTALIDAD MATERNO INFANTIL

### Entrada a la página Web del Ministerio de Salud



MINISTERIO DE SALUD  
COSTA RICA  
BIENESTAR PARA TODOS

MINISTERIO DE SALUD  
REPÚBLICA DE COSTA RICA

\* Usuario:

\* Contraseña:

2022 © v.2.2.5 | Ministerio de Salud de Costa Rica

Para ingresar al sistema usted deberá tener un número de usuario y una contraseña como se muestra en la figura anterior. Se debe dar clic en **Ingresar**.

Se mostrará la siguiente pantalla; debe seleccionar el ícono de Registro Nacional de Mortalidad Materno Infantil.



Se desplegará la siguiente pantalla. Deberá seleccionar el ícono de **Registro de Notificaciones** para empezar a notificar.



El primer paso es realizar la búsqueda del nombre de la madre en el sistema. Se puede buscar por los siguientes tipos de identificación:

- Cédula física nacional
- Indocumentado
- Número interno
- Número de asegurado
- Pasaporte
- Cédula de residencia

También se puede realizar la búsqueda por nombre y apellidos de la madre. Luego debe dar clic al botón **Buscar**.

Bienvendid@ 105010229 Salir del Sistema

### Q Buscador de Personas

Por tipo de identidad y número:

Tipo de identificación:

Número de identificación:

Por nombre y apellidos:

Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

**BUSCAR** BÚSQUEDA AVANZADA

El sistema le dará los resultados de la búsqueda, para que se despliegan los datos personales, en las opciones de **Acciones** debe dar clic a la hoja en blanco.

Si la persona no está registrada, debe ingresar los datos que se requieren en el formulario respectivo que le mostrará la aplicación.

### Resultado de Búsqueda

Personas							
<input type="checkbox"/>	Tipo ID	Identificación	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de nacimiento	Acciones
<input type="checkbox"/>	CEDULA FISICA NACIONAL	1-0501-0229	HILDA MARIA	BLANCO LEON	FEMENINO	21/12/1958	

Página 1 de 1 | 10 | Mostrando 1 - 1 de 1

[REALIZAR OTRA BÚSQUEDA](#)
[COMPARAR PERSONAS](#)
[REGISTRAR PERSONA](#)

Para poder realizar la notificación deberá seleccionar **“VER NOTIFICACIONES INFANTIL”**

#### Información General

Nombre completo: HILDA MARIA BLANCO LEON  
 Sexo: FEMENINO  
 Nacionalidad: Costa Rica  
 Ocupación:  
 Número de celular:  
 Correo electrónico:  
 Lugar de trabajo:  
 Nombre del Encargado:  
 Fallecido(a): No  
 Última actualización: 07/05/2015

#### Datos de Nacimiento

Fecha de nacimiento: 21/12/1958  
 País: NO DETALLA  
 Provincia:  
 Cantón:  
 Distrito:  
 Lugar de nacimiento:

#### Identificaciones

Tipo	Número
CEDULA FISICA NACIONAL	1-0501-0229

Página 1 de 1 | 20 | Mostrando 1 - 1 de 1

#### Lugar de residencia

Actua	Provincia	Cantón	Distrito	Otras Señas	Teléfono
S	ALAJUELA	ALAJUELA	ALAJUELA		

Página 1 de 1 | 20 | Mostrando 1 - 1 de 1

[ACTUALIZAR DATOS PERSONALES](#)
[VER NOTIFICACIONES INFANTIL](#)
[VER FICHAS DE INVESTIGACIÓN INFANTIL](#)

[VER NOTIFICACIONES MATERNO](#)
[VER FICHAS DE INVESTIGACIÓN MATERNA](#)
[REGRESAR](#)

Como no hay notificaciones anteriores aparece la pantalla tal como se muestra abajo. Para poder hacer la notificación seleccione **“REGISTRAR NOTIFICACION”**.

Si en esta pantalla le aparecen datos es porque la notificación ya fue registrada, por lo tanto, no deberá notificarse. Verifique que corresponda a la misma notificación que requiere ingresar, sino es así, deberá registrarla.

**Notificaciones de Mortalidad Infantil**

Notificaciones de Mortalidad Infantil

No se encontraron resultados.

Página 1 de 1 10 Sin registros que mostrar

**REGISTRAR NOTIFICACION** **COMPARAR NOTIFICACIONES** **VER FICHAS DE INVESTIGACIÓN** **VER EXPEDIENTE**

**REGRESAR**

Una vez realizado el paso anterior se le mostrará la siguiente pantalla.

Los campos con asterisco rojo deben llenarse obligatoriamente, de lo contrario el sistema no le permitirá continuar.

**Agregar Caso -**

**LUGAR DEL FALLECIMIENTO**

Establecimiento:  Consultorio Privado:

\* Establecimiento:  [Buscar](#) [Limpiar](#)

---

**DATOS DEL NIÑO(A)**

\* Nombre:

\* Fecha de nacimiento:

\* Fecha de fallecimiento:

Edad exacta (Días):

\* Sexo:

Peso al nacer (gramos):

Semanas de gestación:

Expediente #:

---

**DATOS ADICIONALES DE LA MADRE**

\* Edad:

Estado Civil:

\* Escolaridad:

\* Nacionalidad de la madre:

\* Lugar de residencia:  [Agregar Localización](#)

Expediente #:

CAUSAS DE MUERTE

A): P220 - Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido  Buscar Limpiar

B): P072 - Inmadurez extrema  Buscar Limpiar

C):  Buscar Limpiar

D):  Buscar Limpiar

\* Autopsia: Sí  ▼

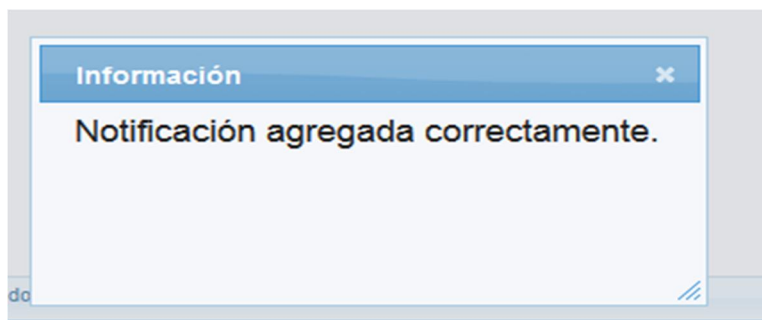
Número de autopsia: 54

Tipo de Autopsia: Hospitalaria  ▼

\* Reportado Por: 105010229

**GUARDAR**

Una vez que se ingresa toda la información, deberá dar clic al botón **GUARDAR**. El sistema le indicará si la notificación se registró exitosamente, como se muestra en la siguiente pantalla.



Para imprimir la notificación a formato PDF, puede hacerlo en la siguiente pantalla, dando clic al botón de **Imprimir**.



MINISTERIO DE SALUD  
REPÚBLICA DE COSTA RICA

Ministerio de Salud  
REGISTRO DE MORTALIDAD MATERNO E INFANTIL  
NOTIFICACIÓN DE CASO DE MORTALIDAD INFANTIL

Lugar de fallecimiento: 210200 - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		Región de salud: Central Sur Área de salud: HOSPITAL - MATA REDONDA	
(EN CASO DE SERVICIOS PRIVADOS)			
Profesional Médico Tratante: _____		CÓDIGO MÉDICO: _____	
<b>DATOS DEL NIÑO (A)</b>			
Nombre y apellidos:	Número de Expediente: 12636	Fecha Nacimiento:	Fecha Defunción:
Sexo: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> NO_DEFINIDO	Edad exacta (días): 1	Peso al nacer (gramos): 2500	Semanas de gestación: 40
<b>DATOS DE LA MADRE</b>			
Nombre y apellidos:	Número de Expediente:	Nacionalidad: Costa Rica	
Sexo: FEMENINO	Edad: 56	Teléfono: _____	
Residencia:	Provincia: ALAJUELA	Cantón: ALAJUELA	Distrito: ALAJUELA
Otras Señas:	Estado Civil: CASADO	Escolaridad: PREESCOLAR/PREPARATORIA	
<b>DATOS ADICIONALES</b>			
CAUSAS DE MUERTE	A): P072 - Inmadurez extrema		
	B): _____		
	C): _____		
	D): _____		
Autopsia: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Número de Autopsia:	Tipo de Autopsia:	
Reportado por: 105010229	Firma: _____	Fecha reporte: 25/05/2015	

Notificación: 1 de 1

EDITAR

IMPRIMIR

REGISTRAR NOTIFICACIÓN NUEVA

VER NOTIFICACIONES

VER FICHAS DE INVESTIGACIÓN

REGISTRAR FICHA DE INVESTIGACIÓN

VER EXPEDIENTE