



REPÚBLICA DE COSTA RICA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE GARANTIA AL
ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE EVALUACION MORTALIDAD MATERNA

BOLETA N° 1

**REPORTE MENSUAL DE MUERTE DE MUJERES EN EDAD FERTIL
(10 A 49 AÑOS)**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	REPORTE	DIA	MES
	AÑO	/	

N°	NOMBRE COMPLETO	N° CEDULA U OTRO	EDAD AL MORIR	CAUSA DE LA MUERTE	FECHA DE LA MUERTE	<u>EMBARAZO</u>		
						SI	NO	DUDOSO

Nombre del responsable del reporte:

Fecha de envío: día mes año