

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA  
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

Nº HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_  
EST. DE SALUD \_\_\_\_\_  
REFERIDO DE: \_\_\_\_\_

### FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE PAROTIDITIS

**Caso sospechoso:** Toda persona que presente aumento uni o bilateral de la glandula parotida u otras salivales, acompañado de fiebre y dolor sin otra causa aparente

#### DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nro de caso: \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ mes  
Sexo: F ☐ M ☐ Telf. Referencia: \_\_\_\_\_ día mes año  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

#### DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE:

Hospitalizado: SI ☐ NO ☐ Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año  
Días de hospitalización: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año  
Fecha en la que se realizó la ficha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año

#### ANTIBIOTICOTERAPIA:

Uso previo de antibióticos SI ☐ NO ☐  
Cuál?: \_\_\_\_\_  
Fecha de primera dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año  
Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año

Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_

#### SIGNOS Y SINTOMAS:

	SI	NO
Aumento de parótidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras salivales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

Restablecido	<input type="checkbox"/>
Enfermo	<input type="checkbox"/>
Fallecido	<input type="checkbox"/>

#### ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS:

¿Tuvo contacto con otro caso de parotiditis 12 a 25 días antes del inicio de los síntomas?	SI <input type="checkbox"/>	FECHA ____/____/____	Donde? _____
	NO <input type="checkbox"/>		
¿Existen otras personas en la casa o dentro de la familia con los mismos síntomas	SI <input type="checkbox"/>	____/____/____	Donde? _____
Nro. De personas _____	NO <input type="checkbox"/>		
¿Viajo dentro de los últimos 12 - 25 días?	SI <input type="checkbox"/>	____/____/____	Donde? _____
	NO <input type="checkbox"/>		

#### ANTECEDENTES VACUNALES:

Recibió dosis SRP \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año  
Recibió Refuerzo SRP: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año

#### Con carnet de vacunación

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

¿Lugar de vacunación ultima dosis? \_\_\_\_\_

#### EVOLUCION DEL PACIENTE: Hospitalizado

SI	<input type="checkbox"/>	Días de estancia: ____
NO	<input type="checkbox"/>	

FECHA DE CAPTACION \_\_\_\_\_

FECHA DE NOTIFICACION \_\_\_\_\_

COMENTARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_