

*Caso sospechoso – 1) Toda persona que presente aumento uni o bilateral de la glándula parótida u otras salivales, acompañado de fiebre y dolor sin otra causa aparente.*

### I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial: ☐ 1=Parotiditis 99=Desconocido

País: \_\_\_\_\_ Establecimiento de salud que notifica: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono del establecimiento que notifica: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Notificado por: \_\_\_\_\_ No. Celular: \_\_\_\_\_  
Red de Servicios: \_\_\_\_\_ Fecha de Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Notificación Local: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Localidad/Barrio/Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha de Visita Domiciliaria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Notificación Nacional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Detectado por: ☐ 1=Consulta 5=Investigación de contactos  
2=Laboratorio 6=Casos reportados en la comunidad  
3=Búsqueda institucional 88=Otros  
4=Búsqueda de casos en la comunidad 99=Desconocido  
Tipo de Sector de Institución que notifica: ☐ 1=Público 88=Otro, Especifique \_\_\_\_\_  
2=Privado

### II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre o responsable: \_\_\_\_\_  
Sexo del paciente: ☐ 1=Masculino 2=Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Años \_\_\_\_ Meses  
Ocupación del Paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_ Dirección 2, del trabajo o escuela: \_\_\_\_\_  
Tipo de localidad: ☐ 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Referencia, croquis, para localizar la casa: \_\_\_\_\_

Comentario: \_\_\_\_\_

### III HISTORIA VACUNAL

Recibió la vacuna SRP	Fecha de vacunación	Establecimiento o lugar dónde fue vacunado	Verificación de la vacunación **
SRP1 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
SRP 2 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>

(\*\*) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

Signos /Síntomas						Estado Actual del paciente		
	Sí	No		Sí	No			
Aumento de parótidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restablecido		<input type="checkbox"/>
Otras salivales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermo		<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallecido		<input type="checkbox"/>
Dolor al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de fallecimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Día	Mes
								Año

V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL

Caso notificado por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Institución, Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Notificación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Investigación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hospitalización \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si es posible anote la fuente de contagio (otro caso semejante)

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Vacunado: Si ☐ No ☐ Vacuna: \_\_\_\_\_ No de dosis \_\_\_\_\_ Verificado con carnet: Si ☐ No ☐

Contactos del caso

Nombres y apellidos	Edad	Dirección	Vacuna	Fecha de última dosis	Vacunado en esta investigación	
					Si	NO

Comentario: \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_