



IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

Signos /Síntomas

Sí

No

Fiebre

☐

Faringitis

☐

Nasofaringitis

☐

Laringitis

☐

No

Pseudomembrana

☐

Dificultad respiratoria

☐

Edema cervical

☐

Adenopatía cervical

☐

Sí

No

☐

☐

☐

☐

Estado Actual del paciente

Restablecido

☐

Enfermo

☐

Fallecido

☐

Fecha de fallecimiento

Día

Mes

Año

V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL

Caso notificado por:

Cargo:

Teléfono:

Institución, Servicio de salud:

Dirección:

Fecha de Notificación

Día

Mes

Año

Fecha de inicio de la enfermedad

Día

Mes

Año

Fecha de Investigación

Día

Mes

Año

Hospitalización

Día

Mes

Año

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

VI DATOS DE LABORATORIO

Tipo de Muestra	Fecha de recolección de la muestra	Fecha de envío a laboratorio	Fecha de recepción en laboratorio	Fecha de envío de resultado	Resultado

Comentario:

Nombre del Investigador: Cargo

Firma:

PAI Nacional