

FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIRUELA DEL MONO

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

1.1. Establecimiento de Salud: 1.2. Cód. Estab.: 1.3. Red de Salud:
1.4. Departamento: 1.5. Municipio:
1.6. Subsector: 1.6.1. Público ☐ 1.6.2. Seguridad Social: ☐ 1.6.3. Privado ☐ 1.7. Fecha de Notificación:/...../.....
1.8. Sem Epidemiológica: 1.9. Caso identificado en Punto de Entrada: No ☐ Si ☐ Aéreo ☐ terrestre ☐

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO/PACIENTE

2.1. N° Carnet de Identidad/Cédula de extranjero/Pasaporte: 2.2. Fecha de Nacimiento:/...../..... 2.3. Edad:
2.4. Nombres y Apellidos: 2.5. Sexo: F ☐ M ☐
2.6. Embarazo: País de procedencia: 2.7. Residencia actual: 2.7.1. Departamento: 2.7.2. Municipio:
2.7.3. Calle: 2.4.4. Zona: 2.8.5. N°: 2.9. Teléfono:
2.10. Si es menor de edad, nombre del padre/madre o apoderado: 2.10.1. Teléfono:

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

3.1. Ocupación: 3.1.1. Personal de Salud ☐ 3.1.2. Personal de Laboratorio ☐ 3.1.3. Trabajador de la Prensa ☐ 3.1.4. FFAA ☐ 3.1.5. Policía ☐ 3.1.6. Otro:
3.2. Antecedente de viaje a país endémico o país con notificación de algún caso en los 21 días antes de presentar síntomas Si ☐ No ☐
3.3. Tuvo contacto con alguna persona con signo sintomatología en los 21 días antes de presentar síntomas: Si ☐ No ☐
3.4. Lugar probable de infección: 3.4.1. País: 3.4.2. Departamento: 3.4.3. Municipio:
3.4.4. Ciudad/Localidad: 3.4.5. Fecha:/...../.....

4. ENFERMEDADES DE BASE O FACTORES DE RIESGO

4.1. Presenta ☐ 4.2. No presenta ☐
4.1.1. Hipertensión Arterial ☐ 4.1.2. Obesidad ☐ 4.1.3. Diabetes ☐ 4.1.4. Enfermedad Oncológica ☐ 4.1.5. Tabaquismo: Si ☐ No ☐
4.1.5. Enfermedad cardíaca ☐ 4.1.6. Enfermedad respiratoria ☐ 4.1.8. Enfermedad Renal Crónica ☐ 4.1.9. Otro:

5. DATOS CLÍNICOS

5.1. Fecha de inicio de síntomas:/...../.....
5.2. Clínica: 5.2.1. Fiebre ☐ 5.2.1. Escalofríos ☐ 5.2.2. Cefalea ☐ 5.2.3. Dolor de Garganta ☐ 5.2.4. Fatiga ☐ 5.2.5. Mialgias ☐ 5.2.6. Astenia ☐
5.2.7. Malestar general ☐ 5.2.8. Dolor de Espalda baja ☐ 5.2.9. Exantema Agudo inexplicable ☐ 5.2.10. Otros:

6. AISLAMIENTO U HOSPITALIZACIÓN

6.1. Aislamiento: Si ☐ No ☐ 6.1.1. Lugar de Aislamiento: 6.2.3. Fecha de Aislamiento:/...../.....
6.2. Hospitalización: Si ☐ No ☐ 6.3. Lugar de Hospitalización:

7. CONTACTOS

7.1. Nombre y apellidos	7.2. Relación	7.3. Edad	7.4. Teléfono	7.5. Dirección	7.6. Fecha de contacto	7.7. Lugar de contacto

8. LABORATORIO

8.1. Se tomó muestra para Laboratorio: Si ☐ NO ☐
8.2. Tipo de muestra: 8.2.1. Techo o el líquido de las vesículas y pústulas ☐ 8.2.2. costras secas ☐ 8.2.4. Otra:
8.3. Nombre de Lab. que procesará la muestra: 8.4. Fecha de toma de muestra:/...../..... 8.5. Fecha de envío:/...../.....
8.6. Observaciones:

9. DEFINICIÓN DE CASO

9.1. Caso Sospechoso ☐ 9.2. Caso Probable ☐ 9.3. Caso confirmado por laboratorio:

10. DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA

10.1. Nombre y Apellido: 10.2. Tel. cel.:

Firma y sello

Sello del Establecimiento de Salud

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada que realiza el personal de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por esta razón debe ser llenada correctamente en las secciones necesarias y enviadas oportunamente

