



MINISTERIO DE SALUD

Nº de ficha \_\_\_\_\_



Cochabamba

**FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA PARA VIGILANCIA DE BRUCELOSIS**

Fecha de atención: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Semana Epidemiológica: \_\_\_\_\_

**1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad/sector/barrio: \_\_\_\_\_

**2.- DATOS DEL PACIENTE**Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐

Residencia actual: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad, sector o barrio: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Prof./ocupación \_\_\_\_\_ Nomb/Inst/coleg. \_\_\_\_\_

**3.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:**

Fecha inicio de síntomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar probable de infección \_\_\_\_\_

Sospecha de brote: SI ☐ NO ☐ Accidente: SI ☐ NO ☐ Sospecha de ETA: SI ☐ NO ☐

Signos y síntomas	SI	NO
Fiebre o Alza térmica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiporexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signos y síntomas	SI	NO
Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis/espondilitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afectación de órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hepatomegalia, orquitis,  
endocarditis,  
esplenomegalia, etc.Antecedentes de transfusión sanguínea: SI ☐ NO ☐ Antecedentes de tratamiento específico previo: SI ☐ NO ☐Antecedentes de viaje a zona afectada: SI ☐ NO ☐ → Tiempo antes del inicio de síntomas: \_\_\_\_\_

¿Ha estado en contacto con Animales silvestres o mascotas, Caza, Elaboración casera de embutidos o derivados Lácteos?

SI ☐ NO ☐ R. \_\_\_\_\_

Antecedentes de enfermedad Inmunodeprimiente u Otro: \_\_\_\_\_

Impresión Diagnóstica presuntiva: \_\_\_\_\_

Hospitalización.- SI ☐ No ☐ Hospital \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Defunción: Fecha.- \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Médico tratante.- \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**4. DATOS LABORATORIO :**

Fecha de toma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Envío \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de muestra: \_\_\_\_\_

Tipo de análisis: \_\_\_\_\_

**Resultado :** Positivo ☐ Negativo ☐ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Muestra obtenida y enviada por : \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_