

**Caso sospechoso:** Paciente con cuadro febril indeterminado, que vive o haya visitado un área endémica de Fiebre hemorrágica Boliviana en los últimos 21 días.

**1. DATOS GENERALES**

FECHA/NOTIF. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DEPTO. \_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_ RED DE SALUD \_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: \_\_\_\_ COMUNIDAD/LOCALIDAD: \_\_\_\_

Público ☐ Seguridad Social ☐ Privado ☐ Otro ☐

Teléfono: Fijo/Móvil

Caso captado en: Búsqueda activa Si ☐ No ☐ Especificar \_\_\_\_

**2. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_

Teléfono: Fijo/Móvil

Si el paciente es menor de edad, registrar nombres de los padres o apoderados: \_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_ SEXO: Masculino ☐ Femenino ☐

Ocupación: \_\_\_\_

Residencia del Paciente

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

COMUNIDAD

BARRIO/ZONA/ESTANCIA

**3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

LUGAR PROBABLE DE INFECCION (QUE LUGAR VISITÓ ENTRE LOS ÚLTIMOS 21 DIAS):

**Residencia del Paciente**

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

COMUNIDAD

BARRIO/ZONA/ESTANCIA

**Donde inició signos y síntomas?**

¿ha visto ratones dentro o cerca de su domicilio? SI ☐ NO ☐

¿De donde obtiene agua para su consumo? Río ☐ Noria/Pozo ☐

Red domiciliaria ☐

¿Existen cultivos o pastizales cerca de su vivienda? SI ☐ NO ☐

**4. DATOS CLÍNICOS:**

FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS

**DIA**

**MES**

**AÑO**

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Nº

Alzas térmicas no cuantificadas ☐  
 Cefalea ☐  
 Dolor retro ocular ☐  
 Mialgias ☐  
 Artralgias ☐  
 Adenopatías ☐

Sangrado de encías ☐  
 Gingivorragias ☐  
 Náuseas /Vómitos ☐  
 Depositiones líquidas/Diarrea ☐  
 Petequias ☐  
 Erupción cutánea ☐  
 Sangrado conjuntival ☐

Hematemesis ☐  
 Epistaxis ☐  
 Otros signos Hemorrágicos ☐

**5. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

FMB ☐ LEPTOSPIROSIS ☐ HANTAVIRUS ☐ DENGUE ☐ MALARIA ☐ CHIKUNGUNYA ☐ ZIKA ☐

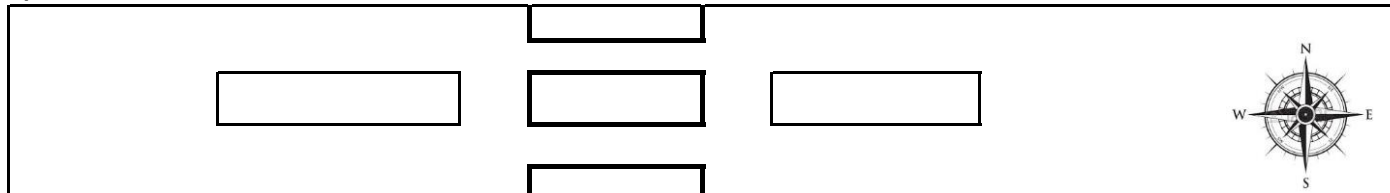
**6. HOSPITALIZACIÓN**

Fue hospitalizado SI ☐ NO ☐ fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ Establecimiento de Salud: \_\_\_\_

**7. EXAMENES DE LABORATORIO**

Se tomó muestra SI ☐ NO ☐ fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ A quien se envió la muestra: \_\_\_\_

**8. CROQUIS DE LA VIVIENDA O ALGUNA REFERENCIA DE LA VIVIENDA :**



Notificación realizada por:

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO del RESPONSABLE