



IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

Signos /Síntomas	Sí	No		Sí	No	Estado Actual del paciente
Tos paroxística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia Subconjuntival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restablecido <input type="checkbox"/>
Silbido inspiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermo <input type="checkbox"/>
Apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>
Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Fecha de fallecimiento ____/____/____

V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL

Caso notificado por: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

Institución, Servicio 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

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