

1. DATOS GENERALES

SEDES: _____ PROVINCIA: _____ MUNICIPIO: _____ RED DE SALUD: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____


2. DATOS PERSONALES Y EPIDEMIOLÓGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ Teléfono: Fijo/Móvil _____

EDAD: _____ SEXO: Masculino ☐ Femenino ☐ FECHA Y AÑO DE NACIMIENTO: ____/____/____

DOMICILIO ACTUAL: _____

DIBUJAR CROQUIS DE DOMICILIO



Otro Teléfono de referencia: _____

3. DATOS CLÍNICOS

INICIO DE SÍNTOMAS: ____/____/20____ TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____

Fiebre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Dolor ocular	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Cong. Conjuntival	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Malestar general	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Hemorragia cutánea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dolor muscular	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Ictericia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dolor abdominal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Postración	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Náuseas vómitos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Astenia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Alteración respiratoria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Otros.-			

4. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

LUGAR PROBABLE DE CONTAGIO: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Estuvo en contacto con: Roedores ☐ Perros ☐ Bobinos ☐ Porcinos ☐ Otros. _____

Estuvo en zonas inundadas SI ☐ NO ☐ Fecha ____/____/20____

Comentarios: _____

5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

A) _____ B) _____ C) _____

LABORATORIO.- Laboratorio de Referencia SEDES Cochabamba

Se colectó muestra de sangre SI ☐ NO ☐ Fecha ____/____/20____

Reporte de laboratorio SI ☐ NO ☐ Fecha ____/____/20____ Resultado: _____

Otro tipo de muestra _____

6. OBSERVACIONES:

7. ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE NOTIFICA.-

FECHA DE NOTIFICACIÓN ____/____/20____

Nombre del Responsable _____

HOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO