



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

**FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE  
SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC) - CÓDIGO CIE X: P35.0**
**CASO SUSPECHOSO DE SRC:** Todo niño menor de 1 año en el cual:

1.- Se le ha detectado una o más de las siguientes anomalías: catarata/glaucoma congénito, retinopatía pigmentaria, microftalmia, déficit de la audición, cardiopatía congénita\*, púrpura, trombocitopenia, hepatomegalia, esplenomegalia, microcefalia, meningoencefalitis, enfermedad ósea radiotransparente, retraso en el desarrollo psicomotor, ictericia (dentro de las 24 horas, después del nacimiento)

Y/O

2.-Madre que cuente con historial de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) durante el embarazo.

\*Cardiopatías congénitas más frecuentes: persistencia del conducto arterioso, estenosis arteria-pulmonar, comunicación interventricular, comunicación interauricular, entre otras.

Nota: los lactantes que nacieron con bajo peso al nacer deben ser examinados con rigurosidad en busca de algún defecto congénito descrito en la definición de caso sospechoso para SRC.

**INFECCIÓN CONGÉNITA POR EL VIRUS DE LA RUBÉOLA:**

Niño menor de un año con resultado positivo de anticuerpos IgM específicos para rubéola pero que no presenta ninguna manifestación clínica de SRC.

El menor debe ser evaluado para descartar la deficiencia auditiva a través de un procedimiento adecuado.

Código de registro N°	Fecha de conocimiento local del caso	Fecha de notificación EE.SS a Red/Microred	Fecha de notificación Red/Microred a Dirección Regional de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC	Fecha de investigación (visita domiciliaria)																																																																																																						
<b>I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE</b>																																																																																																											
1. GERESA/DIRESA/DIRIS:		2. RSS/RIS (Red de Salud):	3. Micro red:	4. EESS notificante:																																																																																																							
5. Inst. Adm.: MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FF.AA./Sanidad <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>		6. Caso captado en: Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consultorio Externo <input type="checkbox"/>	Búsqueda Institucional <input type="checkbox"/>																																																																																																								
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>																																																																																																											
7. Tipo documento: D.N.I ( ) CE ( ) PTP ( ) Pasaporte ( ) Otro ( ), especificar: _____ 8. N° documento: _____ 9. N° Historia Clínica: _____																																																																																																											
10. Apellidos y Nombres: _____																																																																																																											
11. Edad: <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días		12. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																																																																																																									
13. Fecha de nacimiento: ____/____/____		14. Nacionalidad: _____	15. Pueblo étnico: _____																																																																																																								
16. Etnia / raza: Mestizo _____ Andino _____ Asiático descendiente _____ Afro descendiente _____ Indígena amazónico _____ Otro _____		17. N° celular del apoderado: _____																																																																																																									
18. Domicilio actual: Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad/Agrupamiento: _____																																																																																																											
Tipo de zona: _____ (1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural) Tipo de vía: _____ (Avenida, Calle, Jirón, etc.) Nombre de vía: _____ Nro.: _____ Mz./Lote: _____ Tiempo de residencia: _____																																																																																																											
Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)																																																																																																											
<b>III. ANTECEDENTES DEL PACIENTE</b>																																																																																																											
19. Nació prematuro: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Edad gestacional al parto:	21. Peso al nacer (gr.):	22. APGAR: 1' _____ 5' _____																																																																																																								
<b>IV. ANTECEDENTES DE LA MADRE</b>																																																																																																											
23. Tipo documento: D.N.I ( ) CE ( ) PTP ( ) Pasaporte ( ) Otro ( ), especificar: _____ 24. N° documento: _____																																																																																																											
25. Apellidos y Nombres: _____	26. Edad: <input type="checkbox"/> Años	27. Fecha de nacimiento: ____/____/____																																																																																																									
28. Nacionalidad: _____ 29. Ocupación: _____	30. Vacunada contra la Rubéola: Sí <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>																																																																																																								
(verificado con carné o sistema de registro digital)																																																																																																											
31. ¿Presentó fiebre y exantema maculopapular durante el embarazo?: Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No recuerda <input type="checkbox"/>																																																																																																									
a. ¿En cuál semana de la gestación? _____																																																																																																											
b. ¿Fue confirmada por laboratorio la rubéola de la madre? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																																											
32. ¿Durante el embarazo se expuso a alguna persona (de cualquier edad) con fiebre y exantema maculopapular? Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>																																																																																																									
a. ¿Con quién? _____																																																																																																											
b. ¿En cuál semana de la gestación? _____																																																																																																											
33. ¿Durante el embarazo viajó fuera del país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>País</th> <th>Localidad/ciudad</th> <th>Fecha de salida</th> <th>Fecha de retorno</th> <th>Semana de gestación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						N°	País	Localidad/ciudad	Fecha de salida	Fecha de retorno	Semana de gestación																																																																																																
N°	País	Localidad/ciudad	Fecha de salida	Fecha de retorno	Semana de gestación																																																																																																						
<b>V. CUADRO CLÍNICO</b>																																																																																																											
34. Manifestaciones clínicas (puede marcarse 01 o más alternativas)																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Manifestaciones clínicas</th> <th>Sí <input type="checkbox"/></th> <th>No <input type="checkbox"/></th> <th>Desconocido <input type="checkbox"/></th> <th>Fecha de manifestación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Oftálmica</b></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Cataratas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Glaucoma congénito</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Retinopatía pigmentaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Microftalmia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td><b>Auditiva</b></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Déficit de la audición</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td><b>Corazón (cardiopatía congénita)</b></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Estenosis periférica arteria pulmonar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Persistencia del conducto arterioso</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Comunicación interauricular</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Otra cardiopatía congénita:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> </tbody> </table>						Manifestaciones clínicas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	Fecha de manifestación	<b>Oftálmica</b>						Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	Glaucoma congénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	Retinopatía pigmentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	Microftalmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	<b>Auditiva</b>						Déficit de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	<b>Corazón (cardiopatía congénita)</b>						Estenosis periférica arteria pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	Persistencia del conducto arterioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	Comunicación interauricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	Otra cardiopatía congénita:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																									
Manifestaciones clínicas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	Fecha de manifestación																																																																																																							
<b>Oftálmica</b>																																																																																																											
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																																																																																																						
Glaucoma congénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																																																																																																						
Retinopatía pigmentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																																																																																																						
Microftalmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																																																																																																						
<b>Auditiva</b>																																																																																																											
Déficit de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																																																																																																						
<b>Corazón (cardiopatía congénita)</b>																																																																																																											
Estenosis periférica arteria pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																																																																																																						
Persistencia del conducto arterioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																																																																																																						
Comunicación interauricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																																																																																																						
Otra cardiopatía congénita:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____																																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Manifestaciones clínicas</th> <th>Sí <input type="checkbox"/></th> <th>No <input type="checkbox"/></th> <th>Desconocido <input type="checkbox"/></th> <th>Fecha de manifestación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Púrpura</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Trombocitopenia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Hepatomegalia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Esplenomegalia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Microcefalia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Meningoencefalitis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad ósea de radiotransparencia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Retraso en el desarrollo psicomotor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Itcericia*</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>____/____/____</td> </tr> </tbody> </table>						Manifestaciones clínicas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	Fecha de manifestación	Púrpura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Microcefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Meningoencefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Enfermedad ósea de radiotransparencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Retraso en el desarrollo psicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Itcericia*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																				
Manifestaciones clínicas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	Fecha de manifestación																																																																																																							
Púrpura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																																																																							
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																																																																							
Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																																																																							
Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																																																																							
Microcefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																																																																							
Meningoencefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																																																																							
Enfermedad ósea de radiotransparencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																																																																							
Retraso en el desarrollo psicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																																																																							
Itcericia*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____																																																																																																							
*Dentro de las 24 horas después del nacimiento																																																																																																											
35. Hospitalización: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	36. Nombre del EE.SS.	37. Fecha de Hospitalización: ____/____/____	38. Diagnóstico de ingreso: _____																																																																																																								
39. Defunción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	40. Fecha de Defunción: ____/____/____	41. Causa básica de defunción: _____																																																																																																									
<b>VI. LABORATORIO</b>																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Fecha de obtención de muestra</th> <th colspan="2">Fecha de resultado</th> <th colspan="2">Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>42. Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> 1era muestra serológica</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)</td> <td><input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2da muestra serológica</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)</td> <td><input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)</td> <td><input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">43. SOLO EN CASOS CONFIRMADOS DE SRC:</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Se realizará el seguimiento de la excreción viral, después de los tres meses de edad hasta obtener dos pruebas negativas con un intervalo de un mes entre cada prueba.</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Fecha de obtención de muestra</th> <th colspan="2">Fecha de resultado</th> <th colspan="2">Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)</td> <td><input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)</td> <td><input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"><b>VII. CLASIFICACIÓN DEL CASO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> SOSPECHOSO      <input type="checkbox"/> CONFIRMADO      <input type="checkbox"/> DESCARTADO      <input type="checkbox"/> INFECCIÓN CONGÉNITA POR EL VIRUS DE LA RUBÉOLA     </td> </tr> <tr> <td colspan="6"><b>VIII. PERSONAL DE SALUD QUE LLENA LA FICHA (PERSONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN)</b></td> </tr> <tr> <td colspan="6">44. Apellidos y Nombres: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="6">45. Cargo: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="6">46. Teléfono: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">Firma y Sello</td> </tr> </tbody></table>						Fecha de obtención de muestra		Fecha de resultado		Resultado		42. Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> 1era muestra serológica	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)			<input type="checkbox"/> 2da muestra serológica	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)			<input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)			43. SOLO EN CASOS CONFIRMADOS DE SRC:						Se realizará el seguimiento de la excreción viral, después de los tres meses de edad hasta obtener dos pruebas negativas con un intervalo de un mes entre cada prueba.						<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Fecha de obtención de muestra</th> <th colspan="2">Fecha de resultado</th> <th colspan="2">Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)</td> <td><input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)</td> <td><input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>						Fecha de obtención de muestra		Fecha de resultado		Resultado		<input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)			<input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)			<b>VII. CLASIFICACIÓN DEL CASO</b>						<input type="checkbox"/> SOSPECHOSO <input type="checkbox"/> CONFIRMADO <input type="checkbox"/> DESCARTADO <input type="checkbox"/> INFECCIÓN CONGÉNITA POR EL VIRUS DE LA RUBÉOLA						<b>VIII. PERSONAL DE SALUD QUE LLENA LA FICHA (PERSONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN)</b>						44. Apellidos y Nombres: _____						45. Cargo: _____						46. Teléfono: _____						Firma y Sello					
Fecha de obtención de muestra		Fecha de resultado		Resultado																																																																																																							
42. Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> 1era muestra serológica	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 2da muestra serológica	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)																																																																																																								
43. SOLO EN CASOS CONFIRMADOS DE SRC:																																																																																																											
Se realizará el seguimiento de la excreción viral, después de los tres meses de edad hasta obtener dos pruebas negativas con un intervalo de un mes entre cada prueba.																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Fecha de obtención de muestra</th> <th colspan="2">Fecha de resultado</th> <th colspan="2">Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)</td> <td><input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)</td> <td><input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>						Fecha de obtención de muestra		Fecha de resultado		Resultado		<input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)			<input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)																																																																																						
Fecha de obtención de muestra		Fecha de resultado		Resultado																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Hisopado nasal y faringeo	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM: (-) (+)	<input type="checkbox"/> IgG: (-) (+)																																																																																																								
<b>VII. CLASIFICACIÓN DEL CASO</b>																																																																																																											
<input type="checkbox"/> SOSPECHOSO <input type="checkbox"/> CONFIRMADO <input type="checkbox"/> DESCARTADO <input type="checkbox"/> INFECCIÓN CONGÉNITA POR EL VIRUS DE LA RUBÉOLA																																																																																																											
<b>VIII. PERSONAL DE SALUD QUE LLENA LA FICHA (PERSONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN)</b>																																																																																																											
44. Apellidos y Nombres: _____																																																																																																											
45. Cargo: _____																																																																																																											
46. Teléfono: _____																																																																																																											
Firma y Sello																																																																																																											