

## Intoxicaciones por sustancias químicas Código INS: 365

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

### RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-043 V:06 2018/02/02

A. Nombres y apellidos del paciente Hernando Ganzo Muela	B. Tipo de ID* CC	C. Número de identificación 79285903
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID		

### 5. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Grupo de sustancias <input type="radio"/> 1. Medicamentos <input checked="" type="radio"/> 2. Plaguicidas <input type="radio"/> 3. Metanol <input type="radio"/> 4. Metales <input type="radio"/> 5. Solventes <input type="radio"/> 6. Otras sustancias químicas <input type="radio"/> 7. Gases <input type="radio"/> 8. Sustancias psicoactivas	5.2 Código y nombre del producto: El Sismo Fluoracetato de Sodio	5.3 Tipo de exposición <input type="radio"/> 1. Ocupacional <input type="radio"/> 2. Accidental <input checked="" type="radio"/> 3. Suicidio consumado <input type="radio"/> 4. Posible acto homicida <input type="radio"/> 6. Posible acto delictivo <input type="radio"/> 8. Desconocida <input type="radio"/> 9. Intencional psicoactiva / adicción <input type="radio"/> 10. Automedicación / autoprescripción
5.4 Lugar donde se produjo la intoxicación <input checked="" type="radio"/> 1. Hogar <input type="radio"/> 2. Establecimiento educativo <input type="radio"/> 3. Establecimiento militar <input type="radio"/> 4. Establecimiento comercial <input type="radio"/> 5. Establecimiento penitenciario <input type="radio"/> 6. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 7. Via pública /parque <input type="radio"/> 8. Bares/Tabernas/Discotecas.	5.5 Fecha de exposición (dd/mm/aaaa) 06/09/2019	5.5.1 Hora (0 a 24) 13:20
5.6 Vía de exposición <input type="radio"/> 1. Respiratoria <input checked="" type="radio"/> 2. Oral <input type="radio"/> 3. Dérmica/mucosa <input type="radio"/> 4. Ocular <input type="radio"/> 5. Desconocida <input type="radio"/> 6. Parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutánea, intraperitoneal) <input type="radio"/> 7. Transplacentaria		

### 6. OTROS DATOS

6.1 Escolaridad <input type="radio"/> 1. Preescolar <input type="radio"/> 2. Básica primaria <input type="radio"/> 3. Básica secundaria <input type="radio"/> 4. Media académica o clásica <input type="radio"/> 5. Media técnica <input type="radio"/> 6. Normalista <input type="radio"/> 7. Técnica profesional <input type="radio"/> 8. Tecnológica <input type="radio"/> 9. Profesional <input type="radio"/> 10. Especialización <input type="radio"/> 11. Maestría <input type="radio"/> 12. Doctorado <input type="radio"/> 13. Ninguno <input type="radio"/> 14. Sin información	6.2 ¿Afiliado a A.R.L.? <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	6.2.1 Código y nombre de la A.R.L.:
6.3 Estado civil <input type="radio"/> 1. Soltero <input type="radio"/> 2. Casado <input type="radio"/> 3. Unión libre <input type="radio"/> 4. Viudo <input type="radio"/> 5. Divorciado		

### 7. SEGUIMIENTO

7.1 ¿El caso hace parte de un brote? <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	7.2 Número de casos en este brote <input type="text"/>	7.3 Fecha investigación epidemiológica brote (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>	7.4. Situación de alerta <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
---	---	---	--

### 8. DATOS DE LABORATORIO

8.1 Se tomaron muestras de toxicología <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	8.2 Tipo de muestras solicitada <input type="radio"/> 1. Sangre total <input type="radio"/> 2. Orina <input type="radio"/> 4. Tejido <input type="radio"/> 13. Suero <input type="radio"/> 17. Agua <input type="radio"/> 23. Cabello <input type="radio"/> 29. Empaque / envase <input type="radio"/> 30. Otros <input type="radio"/> 32. Uñas	8.3 Nombre de la prueba toxicológica	8.4 Diligencie Valor resultado /unidades
---	--	--------------------------------------	--



### Datos básicos

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

#### 1. INFORMACIÓN GENERAL

REG-R02.0000-001 V:07 AÑO 2018

##### 1.1 Código de la UPGD

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento	Municipio	Código	Sub-Índice		

##### Razón social de la unidad primaria generadora del dato

Hospital Manuela Beltrán

##### 1.2 Nombre del evento

Intoxicación por Rodenticida

##### Código del evento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

##### 1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

#### 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

##### 2.1 Tipo de documento

☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ CE ☐ PA ☐ MS ☐ AS

##### 2.2 Número de identificación

79285403

\*RC: REGISTRO CIVIL | TI: TARJETA IDENTIDAD | CC: CÉDULA CIUDADANÍA | CE: CÉDULA EXTRANJERÍA | PA: PASAPORTE | MS: MENOR SIN ID | AS: ADULTO SIN ID

##### 2.3 Nombres y apellidos del paciente

Herando Gento Monelo

##### 2.4 Teléfono

##### 2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

##### 2.6 Edad

55

##### 2.7 Unidad de medida de la edad

☒ 1. Años ☐ 2. Meses ☐ 3. Días ☐ 4. Horas ☐ 5. Minutos ☐ 0. No aplica

##### 2.8 Sexo

☒ M. Masculino ☐ F. Femenino ☐ I. Indeterminado

##### 2.9 País de ocurrencia del caso

Colombia

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

##### 2.10 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia

Silva - Socorro

##### Departamento

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

##### Municipio

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

##### 2.11 Área de ocurrencia del caso

☒ 1. Cabecera municipal ☐ 2. Centro poblado ☐ 3. Rural disperso

##### 2.12 Localidad de ocurrencia del caso

##### 2.13 Barrio de ocurrencia del caso

Santa Inés

##### 2.14 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso

##### 2.15 Vereda/zona

##### 2.16 Ocupación del paciente

Muerto Construcción  
T. Independiente

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

##### 2.17 Tipo de régimen en salud

☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☒ N. No Asegurado  
☐ E. Especial ☐ S. Subsidiado ☐ I. Indeterminado/ pendiente

##### 2.18 Nombre de la administradora de Planes de beneficios

Sisben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

##### 2.19 Pertenencia étnica

☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom. Gitano ☐ 3. Raízal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano ☒ 6. Otro

##### 2.20 Estrato

##### 2.21 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente

☐ Discapacitados ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Sem. de gestación ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada  
☐ Desplazados ☐ Carcelarios ☐ Indigentes ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

#### 3. NOTIFICACIÓN

##### 3.1 Fuente

☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 2. Búsqueda activa Inst. ☐ 3. Vigilancia intensificada ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 5. Investigaciones

##### Código del municipio

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

##### 3.2 Departamento y municipios de residencia del paciente

Santander - Socorro

##### 3.3 Dirección de residencia

Socorro B. Santa Inés 2110 #10-63

##### 3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

##### 3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

##### 3.6 Clasificación inicial de caso

☐ 1. Sospechoso ☒ 2. Probable ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. nexo epidemiológico

##### 3.7 Hospitalizado

☒ Si ☐ No

##### 3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

##### 3.9 Condición final

☐ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 0. No sabe, no responde

##### 3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

##### 3.11 Número certificado de defunción

##### 3.12 Causa básica de muerte

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

##### 3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha

Jennifer Lopez Zobel

##### 3.14 Teléfono

#### 4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

##### 4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

☐ 0. No aplica ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. nexo epidemiológico ☐ 6. Descartado ☐ 7. Otra actualización ☐ D. Descartado por error de digitación

##### 4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------





Intento de suicidio Código INS: 356

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS			FOR-R02.0000-064 V:02 2018/02/02
Nombres y apellidos del paciente*		Tipo de ID*	Número de identificación*
Heriberto Benito Morales		CC	79285983
RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID			
5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO			
5.1 Fecha de Ocurrencia (dd/mm/aaaa)	5.2 Intentos previos	5.3 Número de intentos	5.4 Estado civil
06/09/2018	<input type="radio"/> 1. Si <input checked="" type="radio"/> 2. No	<input checked="" type="radio"/> 1. Una vez <input type="radio"/> 2. Dos veces <input type="radio"/> 3. Tres veces <input type="radio"/> 4. Mas de tres veces <input type="radio"/> 99. Sin dato	<input type="radio"/> 1. Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 3. Unión libre <input type="radio"/> 2. Casado(a) <input type="radio"/> 4. Viudo(a) <input type="radio"/> 5. Divorciado(a)
5.5 Escolaridad			
<input type="radio"/> 1. Preescolar <input checked="" type="radio"/> 2. Básica primaria <input type="radio"/> 3. Básica secundaria <input type="radio"/> 5. Media técnica <input type="radio"/> 7. Técnica profesional <input type="radio"/> 8. Tecnológica o técnica <input type="radio"/> 9. Profesional <input type="radio"/> 10. Especialización <input type="radio"/> 11. Maestría <input type="radio"/> 12. Doctorado <input type="radio"/> 13. Ninguno <input type="radio"/> 14. Sin información			
6. FACTORES DESENCADENANTES			
<input type="checkbox"/> Conflictos con pareja o expareja <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante <input checked="" type="checkbox"/> Problemas económicos <input type="checkbox"/> Muerte de un familiar <input type="checkbox"/> Escolar / educativa <input type="checkbox"/> Problemas jurídicos <input type="checkbox"/> Suicidio de un familiar o amigo <input type="checkbox"/> Maltrato físico psicológico o sexual <input checked="" type="checkbox"/> Problemas laborales			
7. FACTORES DE RIESGO			
<input type="checkbox"/> Consumo de SPA <input type="checkbox"/> Antecedentes Familiares de conducta suicida <input checked="" type="checkbox"/> Ideación suicida persistente <input type="checkbox"/> Plan organizado de suicidio			
Las siguientes opciones se activaran si hay antecedentes de trastorno psiquiátrico			
<input type="checkbox"/> Antecedentes trastorno psiquiátrico <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo <input type="checkbox"/> Trastornos de personalidad <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Antecedentes de violencia o abuso <input checked="" type="checkbox"/> Abuso de alcohol			
8. MECANISMO			
<input type="checkbox"/> Ahorcamiento o asfixia <input type="checkbox"/> Elemento Cortopunzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Inmolación <input type="checkbox"/> Lanzamiento al vacío <input type="checkbox"/> Lanzamiento a vehículo <input type="checkbox"/> Lanzamiento a cuerpo de agua			
8.1.1 En caso de intoxicación, seleccione el tipo de sustancia		8.1.2. Código y nombre del producto	
<input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="radio"/> 1. Medicamentos <input checked="" type="radio"/> 2. Plaguicidas <input type="radio"/> 3. Metanol <input type="radio"/> 4. Metales <input type="radio"/> 5. Solventes <input type="radio"/> 6. Otras sustancias químicas <input type="radio"/> 7. Gases <input type="radio"/> 8. Sustancias psicoactivas		<input type="text"/> <input type="text"/>	
8.1.4 Via de Exposición		8.1.5 Lugar donde se produjo la Intoxicación	
<input checked="" type="radio"/> 1. Respiratoria <input checked="" type="radio"/> 2. Ora <input type="radio"/> 3. Dérmica/mucosa <input type="radio"/> 4. Ocular <input type="radio"/> 5. Desconocida <input type="radio"/> 6. Parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutánea, intraperitonea) <input type="radio"/> 7. Transplacentaria		<input checked="" type="radio"/> 1. Hogar <input type="radio"/> 2. Establecimiento educativo <input type="radio"/> 3. Establecimiento militar <input type="radio"/> 4. Establecimiento comercial <input type="radio"/> 5. Establecimiento penitenciario <input type="radio"/> 6. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 7. Via pública /parque <input type="radio"/> 8. Bares/Tahernas/Discootecas	



## Datos básicos

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

REG-R02.0000-001 V:07 AÑO 2018

#### 1.1 Código de la UPGD

Razón social de la unidad primaria generadora del dato

Departamento Municipio Código Sub-Índice

Hospital Manelín Beltrán

#### 1.2 Nombre del evento

Código del evento

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)

Intento de Suicidio

### 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

#### 2.1 Tipo de documento

#### 2.2 Número de identificación

ORC OTI ☒ CC OCE OPA OMS OAS

79205983

\*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID

#### 2.3 Nombres y apellidos del paciente

Hernando Gento Morales

#### 2.4 Teléfono

#### 2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

#### 2.6 Edad

#### 2.7 Unidad de medida de la edad

#### 2.8 Sexo

31741877786

06/09/2013

55

☒ Años ☐ 3. Días ☐ 5. Minutos  
☐ 2. Meses ☐ 4. Horas ☐ 0. No aplica

☒ M. Masculino ☐ I. Indeterminado  
☐ F. Femenino

#### 2.9 País de ocurrencia del caso

#### 2.10 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia

#### Departamento

#### Municipio

#### 2.11 Área de ocurrencia del caso

Colombia

Código

Sabana Seca

Código

Código

☒ Cabecera municipal ☐ 3. Rural disperso  
☐ 2. Centro poblado

#### 2.12 Localidad de ocurrencia del caso

#### 2.13 Barrio de ocurrencia del caso

#### 2.14 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso

#### 2.15 Vereda/zona

Santa Inés

#### 2.16 Ocupación del paciente

#### 2.17 Tipo de régimen en salud

#### 2.18 Nombre de la administradora de Planes de beneficios

Independiente  
Mecosta Construcción

☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☒ N. No Asegurado  
☐ E. Especial ☐ S. Subsidiado ☐ I. Indeterminado/ pendiente

Sisben

Código

#### 2.19 Pertenencia étnica

☐ 1. Indígena

☐ 2. Rom, Gitano

☐ 3. Raizal

☐ 4. Palenquero

☐ 5. Negro, mulato afro colombiano

☐ 6. Otro

#### 2.20 Estrato

#### 2.21 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente

☐ Discapacitados

☐ Migrantes

☐ Gestantes

☐ Sem.de gestación

☐ Población infantil a cargo del ICBF

☐ Desmovilizados

☐ Víctimas de violencia armada

☐ Desplazados

☐ Carcelarios

☐ Indigentes

☐ Madres comunitarias

☐ Centros psiquiátricos

☐ Otros grupos poblacionales

### 3. NOTIFICACIÓN

#### 3.1 Fuente

☐ 1. Notificación rutinaria ☐ 3. Vigilancia Intensificada ☐ 5. Investigaciones  
☐ 2. Búsqueda activa Inst. ☐ 4. Búsqueda activa com.

#### Código del municipio

#### 3.2 Departamento y municipios de residencia del paciente

Código del municipio

Santander - Seca

#### 3.3 Dirección de residencia

Calle 8 # 10-63

#### 3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)

#### 3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

#### 3.6 Clasificación inicial de caso

#### 3.7 Hospitalizado

06/09/2013

06/09/2013

☐ 1. Sospechoso ☐ 3. Conf. por laboratorio  
☒ 2. Probable ☐ 4. Conf. Clínica  
☐ 5. Conf. nexo epidemiológico

☐ Sí ☐ No

#### 3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

#### 3.9 Condición final

#### 3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

#### 3.11 Número certificado de defunción

06/09/2013

☐ 1. Vivo  
☐ 2. Muerto  
☐ 0. No sabe, no responde

06/09/2013

#### 3.12 Causa básica de muerte

#### 3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha

#### 3.14 Teléfono

Código

Jennifer Lopez Echeverri

### 4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

#### 4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

☐ 0. No aplica ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 6. Descartado ☐ D. Descartado por error de digitación  
☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 5. Conf. nexo epidemiológico ☐ 7. Otra actualización

#### 4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

Código