



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

No. de afiliación o expediente: _____ Folio de Caso: _____

Nombre: _____ RFC: _____ CURP: _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____

DATOS DEL NACIMIENTO

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Edad: Años ____ Meses ____ Días ____

RESIDENCIA ACTUAL

Estado _____ Jurisdicción _____ Municipio _____

Localidad _____ Colonia _____ Calle _____ Num. Ext. _____ Num. Int. _____

Teléfono: _____ Entre: Calle: _____ y calle: _____ C.P. _____

LUGAR LABORAL

Domicilio _____ Calle y Núm. _____ Colonia _____ Estado _____

Municipio _____ Localidad _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____

¿Habla lengua indígena? ☐ ¿Ciudad? _____ ¿Es indígena? ☐

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Nombre de la Unidad _____ Estado _____ Jurisdicción _____

Clave de la Unidad _____ Municipio _____ Localidad _____

Institución _____ Delegación _____

FECHA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN: ____/____/____ FECHA DE PRIMER CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD
COMO CASO PROBABLE DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA O GRAVE: ____/____/____

FECHA DE INICIO DE ESTUDIO: ____/____/____ FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: ____/____/____

FECHA DE NOTIFICACIÓN AL ESTADO: ____/____/____ FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA DGE: ____/____/____ FECHA DE TERMINACIÓN DEL ESTUDIO: ____/____/____

DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____ DIAGNÓSTICO FINAL: _____

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

HA SALIDO DE SU LUGAR DE RESIDENCIA EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS: SI ☐ NO ☐ En caso de respuesta afirmativa, especifique a dónde: _____

País _____ Estado/Provincia: _____ Jurisdicción: _____ Ciudad/Municipio: _____

País _____ Estado/Provincia: _____ Jurisdicción: _____ Ciudad/Municipio: _____

Procedencia: De la Jurisdicción: ☐ Otra jurisdicción dentro del estado: ☐ De otro estado: ☐ De otro País: ☐

Clasificación: Autóctono ☐ Foráneo ☐ Importado ☐

CONTACTO CON ANIMALES: MOSCO ☐ CHINCHE ☐ GARRAPATA ☐ OTRO _____

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS ENFERMAS DE ZIKA: SI ☐ No ☐

EXISTEN ENFERMOS SIMILARES EN LA LOCALIDAD: SI ☐ NO ☐ ¿RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGÜÍNEAS: ÚLTIMOS SEIS MESES SI ☐ No ☐

ANTECEDENTES DE MUERTES INUSUALES DE ANIMALES SI ☐ NO ☐ EQUINO ☐ AVE ☐ OTRO _____

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN: Fiebre amarilla: SI ☐ No ☐

Dengue SI ☐ No ☐ Dosis: 1a ☐ 2a ☐ 3a ☐ Esquema completo SI ☐ No ☐

¿TIENE ACCESO A AGUA POTABLE PERMANENTE?: SI ☐ No ☐ ¿Tiene cobertura de eliminación de basura?(al menos una vez por semana) SI ☐ No ☐

HA PADECIDO PALUDISMO (ÚLTIMOS TRES AÑOS) SI ☐ No ☐

Subclasificación de caso de Paludismo: Índice ☐ Inducido ☐ Introducido ☐ Recaída ☐ Recrudescencia ☐

IV. CUADRO CLÍNICO

(SI = 1, No = 2, Ignorados = 9)

Fecha de inicio de signos y síntomas: ____/____/____	Fecha de inicio de signos de dengue grave: ____/____/____	Dolor de espalda <input type="checkbox"/>	Úlceras <input type="checkbox"/>
Fiebre <input type="checkbox"/>	Escape importante de plasma con pulso débil o indetectable <input type="checkbox"/>	Prurito <input type="checkbox"/>	Lesión de membranas mucosas <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de fiebre: ____/____/____	Taquicardia <input type="checkbox"/>	Diaforesis <input type="checkbox"/>	Intercia <input type="checkbox"/>
Temperatura ____ °C	Extremidades frías <input type="checkbox"/>	Escalofríos <input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca <input type="checkbox"/>
Cefalea <input type="checkbox"/>	Llenado capilar >3seg <input type="checkbox"/>	Fotofobia <input type="checkbox"/>	Estupor <input type="checkbox"/>
Mialgias <input type="checkbox"/>	Presión diferencial convergente ≤ 20mmHg <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Desorientación <input type="checkbox"/>
Artralgias leves o moderadas <input type="checkbox"/>	Hipotensión arterial en fase tardía <input type="checkbox"/>	Lipotimia <input type="checkbox"/>	Tembor <input type="checkbox"/>
Poliartralgias severas* <input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>
Artritis <input type="checkbox"/>	Hematemesis <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis <input type="checkbox"/>	Debilidad muscular <input type="checkbox"/>
Dolor retroocular <input type="checkbox"/>	Melena <input type="checkbox"/>	Congestión nasal <input type="checkbox"/>	Parálisis <input type="checkbox"/>
Exantema <input type="checkbox"/>	Metrorragia voluminosa <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>	Otitis <input type="checkbox"/>
Náuseas <input type="checkbox"/>	Sangrado del SNC <input type="checkbox"/>	Faringitis <input type="checkbox"/>	Choque <input type="checkbox"/>
Vómito <input type="checkbox"/>	AST o ALT ≥ 10 U/L <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>	Equimosis <input type="checkbox"/>
Petequias <input type="checkbox"/>	Alteraciones de conciencia <input type="checkbox"/>	Alteraciones del gusto <input type="checkbox"/>	Hematomas <input type="checkbox"/>
Torniquete positivo <input type="checkbox"/>	Miocarditis <input type="checkbox"/>	Adenomegalias <input type="checkbox"/>	Ascitis <input type="checkbox"/>
Otros _____	Compromiso grave de otros órganos _____	Induración <input type="checkbox"/>	Derrame pleural <input type="checkbox"/>
		Inflamación de párpado <input type="checkbox"/>	Edema <input type="checkbox"/>
		Disnea <input type="checkbox"/>	Piel moteada <input type="checkbox"/>
		Alteraciones cardíacas <input type="checkbox"/>	Gingivorragia <input type="checkbox"/>
		Nódulos <input type="checkbox"/>	Epistaxis <input type="checkbox"/>

MANEJO: AMBULATORIO ☐ HOSPITALARIO ☐ FECHA: INGRESO ____/____/____

CLUES: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____

Clave de la Unidad: _____

Institución: _____

Diagnóstico inicial hospitalario: _____

Servicio de atención: ☐ Urgencias médicas ☐ Terapia intensiva ☐

☐ Medicina Interna ☐ Gineco Obstetricia ☐

☐ Pediatría ☐ Otras, especifique: _____

☐ Terapia intermedia

COMORBILIDAD U OTRAS CONDICIONES: Trastornos hemorrágicos: ☐ Diabetes: ☐ Hipertensión: ☐ Enf. ulcero péptica: ☐ Enf. Renal: ☐

Immunosupresión: ☐ Cirrosis hepática: ☐ Embarazo: ☐ Semanas de gestación: _____ Fecha última regla: ____/____/____

Otros: ☐ Especifique: _____

