

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



**N1**

**Notificación de caso probable**

**Secretaría de Salud**

Enfermedades Transmitidas por Vector  
Paludismo

Servicio de origen: ☐ Programa ☐ Operativo ☐ Proyecto

Nombre del servicio de origen: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_

Tipo de servicio: ☐ Búsqueda ☐ Seguimiento Fecha: \_\_\_\_\_

**FOLIO N1:**

**FOLIO N1-CASO:**

Número de muestra: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Datos del paciente**

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kgs.

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Procedencia: ☐ Local ☐ Estatal ☐ Nacional ☐ Extranjero

Estancia: ☐ Residente ☐ Temporal Periodo de estancia: Días antes: \_\_\_\_\_ Días después: \_\_\_\_\_ ☐ Indefinido

**Domicilio del paciente**

Número CNEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad/Colonia: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

No. exterior: \_\_\_\_\_ No. interior: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Síntomas**

☐ Sudoración: ☐ Escalofrío ☐ Cefalea ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Fiebre: ☐ Actual ☐ Reciente Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### Tratamiento Supresivo

Si: ☐ Ministrado ☐ Suministrado

☐ No: Motivo: \_\_\_\_\_

Medicamento y número de pastillas:

1/4	1/4	1	1 1/4	2	2 1/4	3	3 1/4	4
-----	-----	---	-------	---	-------	---	-------	---

Cloroquina: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Primaquina 5 mg: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Primaquina 15 mg: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Tutor o testigo del paciente

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Identificación: ☐ Sin identificación ☐ INE ☐ Pasaporte ☐ Oportunidades ☐ Cartilla de salud Número: \_\_\_\_\_

Relación: ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Hijo(a) ☐ Tío(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Otro familiar  
☐ Profesor (a) ☐ Conocido (a) ☐ Vecino(a)

### Domicilio alternativo del paciente *\*Llenar en caso de no ser residente del domicilio trabajado*

País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad/Colonia: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

No. exterior: \_\_\_\_\_ No. interior: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Referencia de ubicación: \_\_\_\_\_

### Persona que llena el formato

Adscripción, brigada o unidad de salud: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_