



**REGIÓN SANITARIA 10 CENTRO - ZAPOPAN**  
**SIPE 0601005- C1**

Unidad: \_\_\_\_\_

Investigación Epidemiológica del Caso

FOLIO SIPE-C1: 201 - 1410 - \_\_\_\_\_

Fecha del servicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ No. de Afiliación al Seguro Popular: \_\_\_\_\_

Institución Notificante:

SSA ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ DIF ☐ SEDENA ☐ PEMEX ☐ SECMAR ☐ Notificante ☐  
Voluntario

**(PDSS) Persona Destinataria de los Servicios de Salud**

Apellido paterno\_\_\_\_\_ Apellido materno\_\_\_\_\_ Nombre (s)\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Sexo: Masculino ☐      Femenino ☐      Peso: \_\_\_\_ kgs.      Edad \_\_\_\_ años

**Domicilio de la agresión:**

Código DDSS/CNEP: 

--	--	--	--	--	--	--	--

 Estado:                      Código 

--	--	--	--

Municipio: \_\_\_\_\_ Código 

--	--	--	--

 Localidad: \_\_\_\_\_ Código 

--	--	--	--	--	--	--	--

Colonia: \_\_\_\_\_ Código 

--	--	--	--	--	--	--

 Calle: \_\_\_\_\_ Código 

--	--	--	--	--	--	--

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

**Ocupación:**

Ama de casa ☐    Estudiante ☐    Obrero ☐    Comerciante ☐    Profesionista ☐    Desempleado ☐    Otra \_\_\_\_\_

**Lugar de la agresión:**

Vivienda ☐ Campo ☐ Fábrica ☐ Oficina ☐ Escuela ☐ Otro \_\_\_\_\_

**Sitio de la agresión:**

Intradomiciliar:	Recámara	<input type="radio"/>	Peridomiciliar:	Patio	<input type="radio"/>
	Cocina	<input type="radio"/>		Anexo	<input type="radio"/>
	Baño	<input type="radio"/>		Barda	<input type="radio"/>
	Estancia	<input type="radio"/>			
	Otro			Otro	

**Actividad que realizaba:**

Trabajo ☐      Reposo ☐      Alimentación ☐      Esparcimiento ☐      Otro \_\_\_\_\_

### Datos de la agresión

Fecha de la agresión: dd / mm / aaaa Hora: hh : mm

Región de la picadura: Cabeza ☒

Fecha de la agresión: <u>dd</u> / <u>mm</u> / <u>aaaa</u>			Hora: <u>hh</u> : <u>mm</u>						Cuello	<input type="radio"/>
									Tronco	<input type="radio"/>
Sitio donde estaba el alacrán:	Piso	<input type="radio"/>	Muebles	<input type="radio"/>	Granos o alimentos	<input type="radio"/>	Miembro Sup. Izq.	<input type="radio"/>		
	Pared	<input type="radio"/>	Cuadros	<input type="radio"/>	Leña o madera	<input type="radio"/>	Miembro Sup. Der.	<input type="radio"/>		
	Techo	<input type="radio"/>	Maleza	<input type="radio"/>	Basura y/o cacharros	<input type="radio"/>	Miembro Inf. Izq.	<input type="radio"/>		
	Ropa y/o zapatos	<input type="radio"/>	Arboles y/o palmas	<input type="radio"/>	Materiales de construcción	<input type="radio"/>	Miembro Inf. Der.	<input type="radio"/>		

## Signos y síntomas

¿Hay disminución de la temperatura en el sitio de la picadura?      Sí ☐      No ☐

## Grado 1

Dolor local	<input type="radio"/>	Salmonela (Hipersecreción salivar)	<input type="radio"/>	Andarrea (papadas grandes)	<input type="radio"/>
Parestesias locales (hormigueo)	<input type="radio"/>	Sensación de cuerpo extraño en faringe	<input type="radio"/>	Fotofobia (Rechazo a la luz)	<input type="radio"/>
Prurito (Comezón en el área)	<input type="radio"/>	Disfagia (Dificultad para tragar)	<input type="radio"/>	Nistagmus (Movimientos rápidos de los ojos)	<input type="radio"/>
Inquietud leve	<input type="radio"/>	Fasciculaciones (Temblor en la lengua)	<input type="radio"/>	Dislalia (Dificultad para hablar)	<input type="radio"/>
<b>Grado 2</b>		Sensación de sequedad de boca	<input type="radio"/>	Cianosis peribucal	<input type="radio"/>
Llanto en menores de 5 años	<input type="radio"/>	Taquicardia	<input type="radio"/>	Convulsiones	<input type="radio"/>
Angustia	<input type="radio"/>	Disnea (Dificultad para respirar)	<input type="radio"/>	Amaurosis (Ceguera) temporal	<input type="radio"/>
Cefalea (Dolor de cabeza)	<input type="radio"/>	Distensión abdominal	<input type="radio"/>	Bradicardia (Disminución de frecuencia cardíaca)	<input type="radio"/>
Epífora (Lagriméo)	<input type="radio"/>	Dolores abdominales y musculares	<input type="radio"/>	Arritmias cardíacas	<input type="radio"/>
Enrojecimiento ocular	<input type="radio"/>	Priapismo (Erección involuntaria del pene)	<input type="radio"/>	Dolor retroesternal	<input type="radio"/>
Prurito en nariz boca y garganta	<input type="radio"/>	Prurito vulvar (Comezón en genitales femeninos)	<input type="radio"/>	Oliguria (Disminución de la orina)	<input type="radio"/>
Estornudos	<input type="radio"/>	<b>Grado 3</b>		Inconciencia	<input type="radio"/>
Rinorrea (Hipersecreción nasal)	<input type="radio"/>	Hipertensión arterial	<input type="radio"/>	Falla orgánica múltiple	<input type="radio"/>
		Fiebre o hipotermia	<input type="radio"/>	Coma	<input type="radio"/>

¿Recibió tratamiento tradicional?    Sí ☐    No ☐      ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Recibió algún medicamento?    Sí ☐    Analgésicos ☐    Antihistamínicos ☐    Corticosteroides ☐    Otro: \_\_\_\_\_  
  No ☐

¿Recibió tratamiento faboterápico?                                Sí ☐    No ☐      ¿Cuántas veces?    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    Más de 5 ☐

¿Ha tomado o está tomando algún bloqueador H2 ( Bloqueadores de bomba)?    Sí ☐    No ☐

Picaduras anteriores:    Sí ☐    No ☐      ¿Cuántas veces?:    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    Más de 5 ☐

¿Recibió tratamiento faboterápico con anterioridad?                                Sí ☐    No ☐      ¿Cuántas veces?    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    Más de 5 ☐

*Nota: No existe contraindicación de tratamiento faboterápico en mujeres embarazadas o lactando.*

[illegible]

Tiempo de hospitalización: hh : mm

Recuperación: ☐ Defunción: ☐

Fecha: dd / mm / aaaa

Tiempo Estimado  
desde hora picadura: hh : mm

[illegible]

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Directa ☐

Indirecta ☐

Nombre y firma del jefe de sector

Código EOSS (CLUES o Brigada):

Código POSS:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma de la POSS

[illegible]

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

REVERSO

Firma de la POSS