SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

01 Servicio o Intervención a Personas
01 Vigilancia Epidemiológica
002 Investigación de Casos Probables

Secretaría de Salud 09
Programas Preventivos 02
y Control de Enfermedades
Chagas 03

Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

SIPE 0301002 - N1

Inicio del servicio
Fecha: dd / mm / aaaa Hora: hh : mm
Tipo de servicio: Búsqueda ○ Seguimiento ○

FOLIO SIPE-N1: 1 4 0 1 – 0 0 0 0 0 1 1-0
FOLIO SIPE-B1-PN1: ☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐☐
FOLIO SIPE-N1 CASO: ☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐☐

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que realiza el servicio

Código EOSS (CLUES o Brigada): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nombre: _____
Código POSS: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nombre: _____

(DDSS) Domicilio Destinatario de los Servicios de Salud

Código DDSS/CNEP: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Municipio: _____ Código ☐☐☐☐ Localidad/Colonia: _____ Código ☐☐☐☐☐☐☐☐
Calle: _____ Código ☐☐☐☐☐☐☐☐
No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____

(PDSS)Persona Destinataria de los Servicios de Salud.

Con Código PDSS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa Sexo: Masculino ○ Femenino ○ Peso: _____ kgs.
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____
Estancia: Residente ○ Temporal ○ Periodo de estancia: Días antes: ☐☐☐ Días después: ☐☐☐ Indefinido ○
Procedencia: Local ○ Estatal ○ Nacional ○ Extranjero ○

Signos y Síntomas: Presentes ○ Ausentes ○

Fiebre actual	Fiebre reciente (30 días)	Astenia	Erupción cutanea	Palpitaciones	Mialgias	Hepatoesplenomegalia	Taquicardia	Disnea	Dolor torácico	Linfadenopatía	Bajo peso al nacer	Ictericia	Edema	Disfagia	Pirosis	Dispepsia	Vómito Gástrico	Constipación	Otro
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Datos patognomónicos:
Presentes ○
Ausentes ○

	Fecha de aparición
Hinchazón bipalpebral (Signo de Romaña)	dd / mm / aaaa
Chagoma de inoculación	dd / mm / aaaa

Muestra

	Acopio de triatoma	Frotis y/o gota gruesa	Papel filtro con sangre	Sanguinea	Número y/o folio de laminilla o tubo de la muestra
No. 1	○	○	○		
No. 2	○	○	○		
No. 3	○	○	○		
No. 4	○	○	○		
No. 5	○	○	○		
No. 6 ○	Cantidad				

Tutor o Testigo de la Persona Destinataria de los Servicios de Salud:

Código PDSS: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Sin Código PDSS ○ Sexo: Masc. ○ Fem. ○
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____
Tipo de ID: Sin ID ○ IFE ○ Pasaporte ○ Oportunidades ○ Cartilla de salud ○
Clave: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

(DDSS)Domicilio Destinatario de los Servicios de Salud ** Llenar en caso de no ser residente del domicilio trabajado*

Código DDSS/CNEP: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
País: _____ Código ☐☐☐ Estado: _____ Código ☐☐☐
Municipio: _____ Código ☐☐☐☐ Localidad/Colonia: _____ Código ☐☐☐☐☐☐
Calle: _____ Código ☐☐☐☐☐☐☐☐ Fraccionamiento: _____ Código ☐☐☐☐☐☐☐☐
No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____ Edificio: _____ Piso: _____
Referencia del DDSS: _____