

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



**N1**

## Notificación de caso probable

**Secretaría de Salud**  
Enfermedades Transmitidas por Vector  
Paludismo

Servicio de origen: ☐ Programa ☐ Operativo ☐ Proyecto

**FOLIO N1:**

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

**FOLIO N1-CASO:**

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

Número de muestra: \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_