

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

**I. DATOS DE IDENTIFICACION 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: \_\_\_\_\_  
 DÍA MES AÑO 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. \_\_\_\_\_

**DOMICILIO LABORAL**

Domicilio \_\_\_\_\_ Calle v Núm. \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Municipio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_

**DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD**

¿Habla lengua indígena?  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Es indígena?   
 Es migrante: Sí  NO  País de nacionalidad: \_\_\_\_\_ País de origen: \_\_\_\_\_  
 Países de tránsito en los últimos tres meses: 1.- \_\_\_\_\_ 2.- \_\_\_\_\_ 3.- \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Día Mes Año

**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 notificación a la Jurisdicción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de primer contacto con los servicios de salud como caso probable de dengue con signos de alarma o grave: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO  
 Fecha de inicio del estudio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de notificación a la DGE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Diagnóstico probable:** \_\_\_\_\_  
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO **Diagnóstico final:** \_\_\_\_\_  
 Fecha de notificación al estado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de terminación del estudio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Localización de lesiones:** \_\_\_\_\_  
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

**III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Ha salido de su lugar de residencia en las últimas cuatro semanas: Sí  NO  En caso de respuesta afirmativa, especifique a dónde:  
**LUGARES VISITADOS:**  
 País \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Ciudad/Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de salida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tiempo de estancia: \_\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Ciudad/Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de salida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tiempo de estancia: \_\_\_\_\_  
 Procedencia: De la Jurisdicción:  Otra jurisdicción dentro del estado:  De otro estado:  De otro País:   
 Clasificación: Autóctono  Foráneo  Importado   
 Ha tenido relaciones sexuales con personas enfermas de Zika: Sí  No  Contacto con animales: Mosco  Chinche  Garrapata  Otro: \_\_\_\_\_  
 Existen enfermos similares en la localidad: Sí  No  Ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos 6 meses: Sí  No   
 Antecedentes de muertes inusuales de animales Sí  No  Equino  Ave  Otro \_\_\_\_\_  
 Antecedente de vacunación: Fiebre amarilla: Sí  No  Dengue Sí  No  Dosis: 1a  2a  3a  Esquema completo Sí  No   
 ¿Tiene acceso a agua potable permanente?: Sí  No  ¿Tiene cobertura de eliminación de basura? (al menos una vez por semana): Sí  No   
 ¿Ha padecido Paludismo en los últimos 3 años? Sí  No  ¿Ha padecido Leishmaniasis en los últimos 6 meses?: Sí  No  Tipo \_\_\_\_\_  
 Subclasificación de caso de Paludismo: Índice  Inducido  Introducido  Recaída  Recrudescencia  Foco palúdico: \_\_\_\_\_  
 Subclasificación de Enfermedad de Chagas: **Crónico asintomático**  **Crónico sintomático:** Cardíaco  Digestivo

**IV. CUADRO CLINICO** (Si = 1, No = 2)

Fecha de inicio de signos y síntomas: ____/____/____	Fecha de inicio de signos de alarma: ____/____/____	Fecha de inicio de signos de dengue grave: ____/____/____	Conjuntivitis <input type="checkbox"/>	Adenomegalias <input type="checkbox"/>
Fiebre <input type="checkbox"/>	Vómito persistente <input type="checkbox"/>	Escape importante de plasma con pulso débil o indetectable <input type="checkbox"/>	Edema articular <input type="checkbox"/>	Anorexia <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de fiebre: ____/____/____	Dolor abdominal intenso y continuo <input type="checkbox"/>	Taquicardia <input type="checkbox"/>	Prurito <input type="checkbox"/>	Cardiopatía dilatada <input type="checkbox"/>
Temperatura _____ °C	Acumulación de líquidos <input type="checkbox"/>	Extremidades frías <input type="checkbox"/>	Poliartralgias severas <input type="checkbox"/>	Chaooma de inoculación <input type="checkbox"/>
Cefalea <input type="checkbox"/>	Ascitis <input type="checkbox"/>	Lenado capilar ≥3seq <input type="checkbox"/>	Atritis <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>
Mialgias <input type="checkbox"/>	Derrame pleural <input type="checkbox"/>	Presión diferencial convergente ≤ 20mmHg <input type="checkbox"/>	Diaforesis <input type="checkbox"/>	Fatiga <input type="checkbox"/>
Artralgias leves o moderadas <input type="checkbox"/>	Edema <input type="checkbox"/>	Hipotensión arterial en fase tardía <input type="checkbox"/>	Escalofríos <input type="checkbox"/>	Megacolon <input type="checkbox"/>
Dolor retroocular <input type="checkbox"/>	Sangrado de mucosas <input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/>	Megaesófago <input type="checkbox"/>
Exantema <input type="checkbox"/>	Gingivorragia <input type="checkbox"/>	Hematemesis <input type="checkbox"/>	Choque <input type="checkbox"/>	Miocardiopatía <input type="checkbox"/>
Náuseas <input type="checkbox"/>	Epistaxis <input type="checkbox"/>	Melena <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	<b>Signo de Romaña</b> <input type="checkbox"/>
Vómito <input type="checkbox"/>	Letargo <input type="checkbox"/>	Metrorraquia voluminosa <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Adinamia <input type="checkbox"/>
Petequias <input type="checkbox"/>	Irritabilidad <input type="checkbox"/>	Sangrado del SNC <input type="checkbox"/>	Hiperemia faríngea <input type="checkbox"/>	Astenia <input type="checkbox"/>
Torniquete positivo <input type="checkbox"/>	Hipotensión postural <input type="checkbox"/>	AST o ALT ≥ 1000 UI <input type="checkbox"/>	Signos meníngeos <input type="checkbox"/>	Encefalitis <input type="checkbox"/>
	Hepatomegalia >2cm <input type="checkbox"/>	Alteraciones de la conciencia <input type="checkbox"/>	Zonas equimóticas o purpúricas <input type="checkbox"/>	Meningoitis <input type="checkbox"/>
	Aumento hematocrito <input type="checkbox"/>	Micarditis <input type="checkbox"/>	Lesiones nodulares <input type="checkbox"/>	<b>Ictericia</b> <input type="checkbox"/>
	Disminución de plaquetas <input type="checkbox"/>		Linfadenopatía <input type="checkbox"/>	Cefalea frontal intensa <input type="checkbox"/>
	Disminución hemoglobina <input type="checkbox"/>		Lesión de membranas mucosas <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>
Parálisis <input type="checkbox"/>			Pérdida de peso <input type="checkbox"/>	Desorientación <input type="checkbox"/>
Fotofobia <input type="checkbox"/>	Lipotimia <input type="checkbox"/>	Alteraciones del gusto <input type="checkbox"/>	Úlceras de bordes indurados, fondo limpio e indoloro <input type="checkbox"/>	Hipoacusia <input type="checkbox"/>
Disnea <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>	Congestión nasal <input type="checkbox"/>		Somnolencia <input type="checkbox"/>
		Hematomas <input type="checkbox"/>	Dolor de espalda <input type="checkbox"/>	
			Otitis <input type="checkbox"/>	
			Compromiso grave de otros órganos <input type="checkbox"/>	Otro: _____

**COMORBILIDADES U OTRAS CONDICIONES**

Trastornos hemorrágicos:  Diabetes:  Hipertensión arterial:  Enf. ulcero péptica:  Enf. Renal   
 Inmunosupresión:  Cirrosis hepática:  Embarazo:  Semanas de gestación: \_\_\_\_\_ Fecha última regla: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Otros:  Especifique: \_\_\_\_\_

**MANEJO**

Ambulatorio  Hospitalario  Fecha de Ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DÍA MES AÑO

**V. DATOS DE LA UNIDAD TRATANTE**

Nombre de la unidad tratante: \_\_\_\_\_ CLUES: \_\_\_\_\_  
 Clave de la Unidad: \_\_\_\_\_ **Servicio de atención:**  Urgencias médicas  Terapia intensiva  
 Institución: \_\_\_\_\_  Medicina Interna  Gineco Obstetricia  
 Diagnóstico inicial hospitalario: \_\_\_\_\_  Pediatría  Otras. especifique: \_\_\_\_\_  
 Terapia intermedia

**VI. EVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL**

Estable  Grave  Mejoría

**SEGUIMIENTO HEMATOLOGICO**

En caso de haber datos de escape de líquidos o hemorragias, realizar:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hto: \_\_\_% Hb: \_\_\_gr x 100ml. Plaquetas: \_\_\_x10<sup>3</sup> Albúmina: \_\_\_g/dl Leucocitos: \_\_\_x10<sup>3</sup> Linfocitos: \_\_\_x10<sup>3</sup>  
 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hto: \_\_\_% Hb: \_\_\_gr x 100ml. Plaquetas: \_\_\_x10<sup>3</sup> Albúmina: \_\_\_g/dl Leucocitos: \_\_\_x10<sup>3</sup> Linfocitos: \_\_\_x10<sup>3</sup>

Líquido cefalorraquídeo con aspecto de agua de roca: Sí  No  Bilirrubina directa \_\_\_mg/dL Bilirrubina total \_\_\_mg/dL

**ESTUDIOS DE GABINETE:**

Fecha de ultrasonido: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de radiografía: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Líquido perivisceral y/o en cavidad abdominal  Líquido en cavidad torácica  Megacolon  Megaesófago

**DATOS DE EGRESO**

Fecha de egreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Alta por mejoría:  Alta voluntaria:  Defunción:  Fecha de defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Folio de certificado de defunción: \_\_\_ Fecha de dictaminación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Dictamen: \_\_\_

**VII. ESTUDIO DE LABORATORIO:**

**Arbovirus**

Se tomó muestra para laboratorio: Sí  No

Fecha de toma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**FASE AGUDA (0-5 Días de evolución)**

**RT-PCR Triplex**

Zika +  -  Cq  Genotipo

Chik +  -  Cq  Genotipo

Dengue +  -  Cq  Serotipo  Cq  Genotipo

+  -  NS<sup>1</sup>  Serotipo  Cq  Genotipo

Fecha de resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**FASE CONVALESCIENTE**

**ELISA captura IgM**

(6 a 30 días) Zika +  -

Mujeres embarazadas (6 a 12 días) Chik +  -

(6 a 14 días) Dengue +  -

Fecha de resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Referencia InDRE**

**MAC- ELISA**

Zika +  -

Chik +  -

Dengue +  -

Fecha de resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Fiebre Amarilla**

**RT-PCR-Tiempo Real**

Fecha de resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado +  -  Cq  Genotipo  +  -  Fecha de resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Muestra rechazada: Causa:  Lipémica:  Hemolizada:  Muestra insuficiente:  Días de tránsito:  Otra:

**Fiebre de Mayo**

Fecha de toma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: +  -  Cq  Genotipo   
 RT-PCR Tiempo Real Muestra rechazada:  Causa:  Lipémica:  Hemolizada:  Muestra insuficiente:  Días de tránsito:  Otra:

**Encefalitis Equina Venezolana**

RT-PCR Tiempo Real  
 Suero  Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Genotipo  +  -   
 LCR  Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Genotipo  +  -   
 Biopsia  Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Genotipo  +  -   
 Muestra rechazada: Causa:  Lipémica:  Hemolizada:  Muestra insuficiente:  Días de tránsito:  Otra:

**Fiebre del Nilo Occidental**

RT-PCR en Tiempo Real  
 Suero  Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Genotipo  +  -   
 LCR  Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Genotipo  +  -   
 Biopsia  Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Genotipo  +  -   
 Muestra rechazada: Causa:  Lipémica:  Hemolizada:  Muestra insuficiente:  Días de tránsito:  Otra:

**Paludismo**

**Diagnóstico por PDR** Fecha de toma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Especie: *P. vivax*  *P. falciparum*   
**Diagnóstico por microscopía** Fecha de toma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -   
 Especie: *P. vivax*  *P. falciparum*  Otra:  Densidad Parasitaria: EAS/μl \_\_\_ ESS/μl \_\_\_ Clave de la laminilla: \_\_\_  
**Seguimiento de caso** Fechas de toma y resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  EAS/μl \_\_\_ ESS/μl \_\_\_  
 EAS/μl \_\_\_ ESS/μl \_\_\_; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  EAS/μl \_\_\_ ESS/μl \_\_\_  
 EAS/μl \_\_\_ ESS/μl \_\_\_; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  EAS/μl \_\_\_ ESS/μl \_\_\_  
 Muestra rechazada: Causa: Cantidad insuficiente de sangre  Laminilla destruida  Fijada

**Leishmaniasis**

Tipo de Muestra	F. Toma	F. Recepción	M. Rechazada	Causa de rechazo	F. Rechazo	F. Resultado	Resultado
Impronta	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Frotis	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Extendido de médula ósea	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Suero	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Laminillas	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Papel filtro	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

**Enfermedad de Chagas**

Tipo de Muestra	F. Toma	F. Recepción	M. Rechazada	Causa de rechazo	F. Rechazo	F. Resultado	Resultado
Gota gruesa/extendido	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Sangre total o capilar	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Suero Muestra 1	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Suero Muestra 2	___/___/___	___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

**Rickettsiosis**

Tipo de Muestra  
 Suero 1a. toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Recepción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ M. Rechazada Sí  No  Causa de Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Suero 2a. toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Recepción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ M. Rechazada Sí  No  Causa de Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Sangre con anticoagulante \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Recepción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ M. Rechazada Sí  No  Causa de Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Órgano o biopsia (especifique) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Recepción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ M. Rechazada Sí  No  Causa de Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Líquido cefalorraquídeo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Recepción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ M. Rechazada Sí  No  Causa de Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Rechazo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Serología 1a. toma +  -  Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Titulación \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Envío InDRE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Serología 2a. toma +  -  Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Titulo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Envío InDRE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Resultado Inmunofluorescencia indirecta +  -  Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Indeterminado  Rickettsia spp Cq   
 PCR Tiempo Real +  -  Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Indeterminado  Rickettsia spp Cq   
 Resultado final laboratorio +  -  Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Indeterminado  Rickettsia spp Cq   
 InDRE  
 PCR Tiempo Real especie F. Recepción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Especie  Cq  F. Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**VIII. TRATAMIENTO**

¿Recibió Tratamiento? Paludismo Sí  No  Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tratamiento empleado  Primaquina  Cloroquina  Otro: \_\_\_  
 Rickettsiosis Sí  No  Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Doxiciclina  Cloranfenicol  Otro: \_\_\_  
 Enf. Chagas Sí  No  Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Benznidazol  Nifurtimox  Otro: \_\_\_  
 Leishmaniasis Sí  No  Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Sistémico  Termocicruga  Antimoniales  Anfotericinas  Intrateñal

**IX. ESTUDIO DE CASOS SIMILARES**

NOMBRE	DOMICILIO	EDAD	SEXO		CASO
			M	F	

**X. OBSERVACIONES Y FIRMAS**

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ LA CAPTURA O ENVÍO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA

Nota: Las fechas se pondrán en el siguiente orden  **día/mes/año**