

V. CUADRO CLÍNICO

Fecha de inicio de los signos y/o síntomas: _____ / _____ / _____
(dd) (mm) (aaaa)

Sitio de la lesión:

<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Trismus
<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Diaforesis	<input type="checkbox"/> Diplopía	<input type="checkbox"/> Hipotensión	<input type="checkbox"/> Coliuria
<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Astenia	<input type="checkbox"/> Oliguria
<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Distensión abdominal	<input type="checkbox"/> Priapismo
<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Rinorrea	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Prurito nasal	<input type="checkbox"/> Sialorrea	<input type="checkbox"/> Artralgias	<input type="checkbox"/> Vértigo
<input type="checkbox"/> Necrosis	<input type="checkbox"/> Prurito faríngeo	<input type="checkbox"/> Opresión torácica	<input type="checkbox"/> Mialgias	<input type="checkbox"/> Confusión
<input type="checkbox"/> Mácula	<input type="checkbox"/> Epífora	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Adinamia	<input type="checkbox"/> Dislalia
<input type="checkbox"/> Vesícula	<input type="checkbox"/> Fotofobia	<input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Hiperreflexia	<input type="checkbox"/> Delirio/alucinaciones
<input type="checkbox"/> Flictena	<input type="checkbox"/> Midriasis	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Hiporreflexia	<input type="checkbox"/> Adenitis
<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Ptosis	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Rigidez muscular	<input type="checkbox"/> Petequias
<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Miosis	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Fasciculaciones	<input type="checkbox"/> Equimosis
<input type="checkbox"/> Exudado	<input type="checkbox"/> Otros: _____			

VI. TRATAMIENTO

¿Recibió tratamiento médico previo a la hospitalización?

Analgésicos Antihistamínicos Corticoesteroides Otro: _____

Tiempo transcurrido entre la agresión y la atención médica: _____ : _____
(hh) (mm)

Faboterápico empleado: Antiarácido (Latrodectus sp.) Antiarácido (Loxosceles sp.) Antiviperino (Crotalus, Bothrops y Agkistrodon sp.) Anticoralillo (Micrurus sp.) Antialacrán (Centruroides sp.)

Frascos	Folio	Fecha de caducidad	Hora	Vía de administración
_____	_____	____/____/____	____:____	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV
_____	_____	____/____/____	____:____	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV
_____	_____	____/____/____	____:____	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV
_____	_____	____/____/____	____:____	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV
_____	_____	____/____/____	____:____	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV
_____	_____	____/____/____	____:____	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV

VII. EVOLUCIÓN

Fecha de ingreso: _____ / _____ / _____
(dd) (mm) (aaaa)

Tiempo de hospitalización: _____ Días _____ Horas

Fecha de egreso: _____ / _____ / _____
(dd) (mm) (aaaa)

Causa del egreso: Curación Defunción

¿Presenta secuelas? Sí No Especifique: _____

Nombre de quien elaboró

Nombre de quien autorizó