



### 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    Tiempo de hospitalización: \_\_\_\_\_ Días    \_\_\_\_\_ Horas  
(dd) (mm) (aaaa)

Fecha de egreso: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    Causa del egreso:     Curación     Defunción  
(dd) (mm) (aaaa)

¿Presenta secuelas?     Sí     No    Especifique: \_\_\_\_\_

Nombre de quien elaboró

Nombre de quien autorizó