

FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH

VIH 2020

I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nº AFILIACIÓN: _____ FOLIO: _____
 CURP: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____
 NOMBRE: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ SEXO AL NACIMIENTO: Masculino Femenino
 dd/mm/aaaa de nacimiento de nacimiento

EDAD: Años Meses Días ESTADO CIVIL: Soltero Casado Viudo Divorciado
 Unión Libre Separado IDENTIDAD DE GÉNERO: Hombre SE IDENTIFICA COMO: Heterosexual Bisexual HSH
 Mujer Transsexual Transgénero Travesti
 Ocupación: _____ (Actual o última) Hombre transgénero Gay Lesbiana Intersexual
 Mujer transgénero

ESCOLARIDAD: _____ (Último año aprobado) Ocupación: _____

RESIDENCIA ACTUAL: _____ Calle _____ Número _____ Colonia _____ Estado _____
 Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____ C.P. _____ Delegación IMSS _____ Delegación ISSSTE _____
 Entre qué calle: _____ y calle: _____

¿HA TENIDO HIJOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? SI NO NO APLICA ¿Cuántos DE ACUERDO A SU CULTURA SE CONSIDERA INDÍGENA? SI NO
 SE CONSIDERA AFRODESCENDIENTE: SI NO

ES MIGRANTE SI= SI, 2= NO PAÍS DE NACIONALIDAD _____ PAÍS DE ORIGEN _____
 PAÍSES DE TRANSITO EN LOS ÚLTIMOS 3 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____
 4.- OTRO: _____ FECHA DE INGRESO AL PAÍS: ____/____/____ dd/mm/aaaa

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR (en caso de menores de edad y/o persona con discapacidad): _____

II UNIDAD NOTIFICANTE

Clave Unidad _____ Estado / Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____
 Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____
 FECHA DE DETECCIÓN COMO PERSONA EN RIESGO DE TENER: ____/____/____ dd/mm/aaaa FECHA DE DIAGNÓSTICO: ____/____/____ dd/mm/aaaa
 FECHA DE INICIO DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: ____/____/____ dd/mm/aaaa FECHA DE NOTIFICACIÓN A JURISDICCIÓN: ____/____/____ dd/mm/aaaa
 FECHA DE NOTIFICACIÓN AL ESTADO: ____/____/____ dd/mm/aaaa FECHA DE NOTIFICACIÓN A DGE: ____/____/____ dd/mm/aaaa

III ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

1.- COMPORTAMIENTO SEXUAL

A. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES: SI NO SE DESCONOCE NO APLICA
 B. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MUJERES: SI NO SE DESCONOCE NO APLICA
 C. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS QUE SON:

HETEROSEXUALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	TRABAJADORAS SEXUALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	MIGRANTES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
BISEXUALES	<input type="checkbox"/>	TRABAJADORES SEXUALES	<input type="checkbox"/>	PERSONAS HEMOFÍLICAS	<input type="checkbox"/>
HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES	<input type="checkbox"/>	TRANSGÉNERO/TRANSVESTITRANSEXUAL	<input type="checkbox"/>	PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD	<input type="checkbox"/>
LESBIANA	<input type="checkbox"/>	USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES	<input type="checkbox"/>	PERSONAS VIVIENDO CON VIH	<input type="checkbox"/>
INTERSEXUAL	<input type="checkbox"/>			RECEPTORAS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA O DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS/TEJIDOS	<input type="checkbox"/>

D. ES O HA SIDO TRABAJADOR SEXUAL: SI NO SE DESCONOCE NO APLICA
 E. HA RECIBIDO ALGÚN PAGO POR TENER RELACIONES SEXUALES: SI NO SE DESCONOCE NO APLICA
 F. HA PAGADO POR TENER RELACIONES SEXUALES: SI NO SE DESCONOCE NO APLICA

G. HA SIDO VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL: SI NO SE DESCONOCE Fecha en que ocurrió: ____/____/____ dd/mm/aaaa Fecha de Serokonversión a VIH: ____/____/____ dd/mm/aaaa

Recibió profilaxis post-exposición VIH SI NO ? Fecha de Inicio: ____/____/____ dd/mm/aaaa Cuántas horas después de la violación: _____ Duración de la Quimioprofilaxis: _____ días.

2.- HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVE SI NO SE DESCONOCE SE LE DIAGNOSTICÓ VIH ANTES DE SU INGRESO DURANTE SU ESTANCIA
 AL CERESO EN EL CERESO
 DESPUES DE SU ESTANCIA EN EL CERESO

3.- HA RECIBIDO TRANSFUSIONES: SI NO SE DESCONOCE

UNIDAD 1: ____/____/____ dd/mm/aaaa
 Clave Unidad _____ Estado / Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____
 Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____

UNIDAD 2: ____/____/____ dd/mm/aaaa
 Clave Unidad _____ Estado / Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____
 Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____

4.- ES UNA PERSONA HEMOFÍLICA: SI NO SE DESCONOCE
5.- ES UNA PERSONA USUARIA DE DROGAS INYECTABLES: SI NO SE DESCONOCE
6.- HA DONADO SANGRE: SI NO SE DESCONOCE
7.- HA RECIBIDO TRASPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: SI NO SE DESCONOCE
 TIPO DE INTERVENCIÓN _____ Clave Unidad _____ Estado / Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____
 FECHA: ____/____/____ dd/mm/aaaa Localidad _____ Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____

8.- EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: SI NO SE DESCONOCE
 EXPOSICIÓN A: SANGRE SI NO SECRECIONES: _____ FECHA DE EXPOSICIÓN: ____/____/____ dd/mm/aaaa
 RESULTADO DE PRUEBA BASAL + - SE DESCONOCE Especifique _____ FECHA DE SEROKONVERSIÓN A VIH: ____/____/____ dd/mm/aaaa
 RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS: SI NO SE DESCONOCE FECHA: ____/____/____ dd/mm/aaaa Cuántas horas después de la exposición: _____ Duración de la Quimioprofilaxis: _____ días.

9.- SOSPECHA DE TRANSMISIÓN VERTICAL: SI NO SE DESCONOCE (Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)

IV TRANSMISIÓN VERTICAL

SÓLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASOS CON SOSPECHA DE TRANSMISIÓN VERTICAL: ¿LA MADRE TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

1. SE SABE PORTADORA DE VIH:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	13. RECIBIÓ CONSEJERÍA PARA LA DETECCIÓN DE VIH DURANTE EL EMBARAZO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
2. FALLECIDA POR VIH:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	14. RECHAZÓ LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE VIH DURANTE EL EMBARAZO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
3. TRABAJADORA SEXUAL:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	15. MOMENTO EN QUE SE LE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE VIH:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
4. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> EN EL PARTO <input type="checkbox"/> POSTERIOR AL EMBARAZO <input type="checkbox"/>	
5. HA RECIBIDO TRANSFUSIONES:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	16. SEMANA DE GESTACIÓN CUANDO LE DIAGNOSTICARON INFECCIÓN POR VIH:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
6. RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS TRANSFUNDIDAS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	17. SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO CON ARV:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
7. USUARIA DE DROGAS INYECTABLES:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	18. RECHAZÓ EL TRATAMIENTO CON ARV:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
8. RELACIONES SEXUALES CON USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	19. INSTITUCIÓN DONDE RECIBIÓ TRATAMIENTO ARV:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
9. HA RECIBIDO TRASPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	20. EL MENOR FUE OBTENIDO POR:	PARTO <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/>
10. RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	21. EL MENOR FUE ALIMENTADO CON LECHE MATERNA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
11. ESTABA EN TRATAMIENTO ARV ANTES DEL EMBARAZO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>		
12. INSTITUCIÓN DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>		

V MECANISMO DE TRANSMISIÓN

1 SEXUAL HSH Bisexual Heterosexual
 2 TRANSFUSIONAL 3 DROGAS INYECTABLES 4 OCUPACIONAL 5 VERTICAL 6 DESCONOCIDO

