SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SEDENA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL | MARINA SECRETARÍA DE MARINA | SNDIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA | IMSS | ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO | PEMEX POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO

SUIVE-2-2020

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

UNIDAD NOTIFICANTE: _____ CLAVE CLUES: _____ CLAVE SUAVE DE LA UNIDAD: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____

ENTIDAD O DELEGACIÓN: _____ INSTITUCIÓN: _____

FECHA DE NOTIFICACIÓN: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] (Día Mes Año) INICIO DE ESTUDIO: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] (Día Mes Año) TERMINACIÓN DE ESTUDIO: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] (Día Mes Año)

DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____ DIAGNÓSTICO FINAL: _____

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre: _____ Núm. de afiliación o expediente: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Sexo: M [ ] F [ ] Edad: Años [ ][ ] Meses [ ][ ] Días [ ][ ]

Lugar de residencia: _____

Calle y Núm. o Lugar de Residencia

Municipio _____ Clave [ ][ ][ ] Entidad _____ Clave [ ][ ] Colonia o Localidad _____ C.P. [ ][ ][ ][ ][ ] Teléfono (s) _____

III.a DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de sígnos y síntomas: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] (Día Mes Año)

Signos y síntomas: _____

III.b TRATAMIENTO

IV. LABORATORIO Y GABINETE

Estudio	T	Fecha Día	Fecha Mes	Fecha Año	Resultados

V. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (marque con una "X")

PROCEDENCIA: Local [ ] Importado [ ]

Indique el lugar de procedencia para caso importado

Localidad _____ Municipio _____ Estado _____

Periodo de estancia en esa localidad

Llegada: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] (Día Mes Año) Salida: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] (Día Mes Año)

FUENTE DE INFECCIÓN. (marque con una "X")

	Investigada	Confirmada
Otra persona	[ ]	[ ]
Alimentos	[ ]	[ ]
Agua	[ ]	[ ]
Fomites	[ ]	[ ]
Animales	[ ]	[ ]
Otras _____	[ ]	[ ]

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN: (marque con una "X")

Persona a persona	[ ]	[ ]
Aérea	[ ]	[ ]
Digestiva	[ ]	[ ]
Fomites	[ ]	[ ]
Vectores	[ ]	[ ]
Otros _____	[ ]	[ ]

T= Tipo: PR= Preliminar CF= Confirmatorio CT= Control

ESTE FORMATO SE REQUISITA POR CUADRUPLICADO: ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE, UNA COPIA PARA LA JURISDICCIÓN SANITARIA RESPECTIVA, OTRA COPIA PARA EL NIVEL ESTATAL Y LA ÚLTIMA COPIA PARA LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

UTILIZAR PAPEL CARBÓN. EN CASO NECESARIO SE PUEDEN AGREGAR HOJAS

SALUD | SEDENA | MARINA | SNDIF | IMSS | ISSSTE | PEMEX

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO

SUIVE-2-2020

VI. ESTUDIO DE CONTACTOS

NOMBRE Y DOMICILIO	EDAD		SEXO		CONTACTO**		CASO	
					I	E	Si	No

VII. ACCIONES Y MEDIDAS DE CONTROL

VIII. EVOLUCIÓN

	Si	No
¿Se estableció integramente?	☐	☐
¿Quedó con secuelas?	☐	☐
¿Quedó como portador?	☐	☐
¿Se perdió?	☐	☐
¿Falleció?	☐	☐

Fecha de la defunción: ☐☐ ☐☐ ☐☐ (Día Mes Año)

IX. PREVENCIÓN Y CONTROL

En caso afirmativo, anote cuántas acciones

	Si	No	Núm.
Platicas de fomento para la salud	☐	☐	_____
Vacunación	☐	☐	_____
Tratamientos individuales	☐	☐	_____
Tratamientos familiares	☐	☐	_____
Cloración	☐	☐	_____
Letrinización	☐	☐	_____

Otras actividades _____

X. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Día Mes Año ☐☐ ☐☐ ☐☐

Nombre y cargo de quien elaboró | Vo. Bo. del Director | Vo. Bo. del Epidemiólogo | Fecha de envío al nivel inmediato superior

EDAD EN AÑOS O MESES CUMPLIDOS. LOS MESES SERÁN INDICADOS CON UNA "m"

** I= INTRADOMICILIARIO, E= EXTRADOMICILIARIO

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO POR EL EPIDEMIÓLOGO O PERSONAL DESIGNADO