

Anexo 1

MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA (F.P.R.S.E.)
 FORMULARIO DE INVESTIGACION DE CASO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE INVESTIGACION

INSTALACION QUE NOTIFICA:										FECHA DE INVESTIGACION				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO			NOMBRE			CEDULA		N° SS		FECHA NAC.		
										TELEFONO:				
EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	EST.CIVIL	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIM.	AV. O CALLE		EDIF/CASA/APT					
PROFESION		OCUPACION			DIRECCION LABORAL			NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE			EDAD			
DIAGNOSTICO INICIAL:										SI		NO		
CODIGO										CAUSA LABORAL				
F	INICIO DE SINTOMAS		SINTOMAS Y SIGNOS				FECHA INICIO		FACTORES DE RIESGO					
E	DIAGNOSTICO		1						TRAB. SEXO		PERINATAL			
C	NOTIFICACION		2						TRANFUSION		DESNUTRIDO			
H	HOSPITALIZACIÓN		3						HOMOSEXUAL		VIAJE MENOS			
A	EGRESO		4						HET.SEX.PROM.		15 DIAS			
S	DEFUNCION		5						BISEXUAL		CONTACTO			
			6:EXANTEMA		NO		SI		PROMISCUO		CON CASO			
DURACION DE EXANTEMA(DIAS):			TIPO DE EXANTEMA:				DROGA I.V.		CONFIRMADO					
EXAMENES REALIZADOS		RESULTADO		FECHA		HISTORIA VACUNAL			DROGA OTRA FORMA		CASO CONFIRMADO MES ANTERIOR			
						VACUNA: DOSIS F.ULT. VACUNA								
						SARAMPION 1 2 RV RV								
						M.M.R. 1 2 RV RV								
						RUBEOLA 1								
						DPT 1 2 3 R1 R2			EMBARAZO					
						POLIO 1 2 3 R1 R2			NO SI SEM.:					
TRATAMIENTOS				BCG			RN R		CRITERIO DIAGNOSTICO					
				DT			1 2 R1 R2		CLINICO LAB.:					
				TT			1 2 R1 R2		NEX. EPID. PATOLOGIA					
				HEPATITIS B			1 2 3		PROCEDENCIA		R P			
				F.AMARILLA			1 RV RV		AUTOCTONO IMPORTADO					
CUMPLE NORMA DE TRAT.		SI NO		HEMOPHILLUS			1 2 3 RV							
CONDICIONES DE LA VIVIENDA				MEDIDAS DE PREVENCION Y CONTROL				CONTROL PRE NATAL						
ILUMINACION	B	R	M	AGUA POTABLE	SI	NO	VACUNACION PERIFOCAL	SI	NO	NO	SI	No.:		
LIMPIEZA	B	R	M	AGUA INTRADON	SI	NO	TRATAMIENTO PROFILACTICO	SI	NO	VDRL EN EMBARAZO				
VENTILACION	B	R	M	AGUA INTERMIT	SI	NO	INVESTIGACION DE CONTACTOS	SI	NO	NO	SI	No.:		
DISP.BASUR/	B	R	M	LETRINA O SERV	SI	NO	ELIMINACION DE CRIADEROS	SI	NO	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS				
DISP AGUA RESID	B	R	M	LETRINA PUBLIC.	SI	NO	FUMIGACION	SI	NO	G	P	A	C	
PISO	B	R	M	HACINAMIENTO	SI	NO	BUSQUEDA DE FEBRILES	SI	NO					
TECHO	B	R	M	MALLA VENTANA	SI	NO	TOMA DE MUESTRA	SI	NO					
PAREDES	B	R	M	MOSQUITERO	SI	NO	CONSEJERIA	SI	NO					
ALGUNOS VECTORES OBSERVADOS														
INVESTIGACION DE CONTACTOS														
NOMBRE				M		F		DIRECCION			EMBARAZO			
DIAGNOSTICO FINAL:				CODIGO		NOMBRE DEL QUE INVESTIGO				FECHA				