

Formulario genérico para enfermedades y eventos de notificación obligatoria

Indicar enfermedad o evento:

SE:

Fecha de notificación: __/__/__

Inicio de síntomas: __/__/__ Fecha consulta: __/__/__ Internación: SI ☐ NO ☐ Fecha ingreso: __/__/__

Institución: Sector: Tel.:
int.:

Datos del caso

CI: Nombres y apellidos (en imprenta):

Sexo: F ☐ M ☐ Fecha nacimiento: __/__/__ Edad: __ años ☐ meses ☐ días ☐ (señale lo que corresponda)

Dirección: Barrio:

Departamento: Localidad: Tel/cel:

Datos del notificador

Nombre y apellido: Notifica como: Cel:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Indicar datos clínicos y epidemiológicos relevantes:

El evento, ¿tiene confirmación de laboratorio? SI ☐ NO ☐

En caso de que si, indique el resultado. Pos ☐ Neg ☐

La persona, ¿tuvo contacto con otro caso sospechoso de la enfermedad? SI ☐ NO ☐

Observaciones:

Evolución del caso

Requirió internación en CTI SI ☐ NO ☐

C.P.:

Egreso: alta ☐ fallecimiento ☐ Fecha: __/__/__

Nº Reg: