

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO PARA "OPERATIVO RETORNO SUDÁFRICA 2010"**



**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

N° AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ FOLIO DEL SISTEMA \_\_\_\_\_  
 CURP: \_\_\_\_\_ NO. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **EDAD:**  Años  Meses  Días **SEXO:** Masculino  Femenino  **ESTADO CIVIL:** Soltero ( )  
 Casado ( )  
 Viudo ( )  
 Unión libre ( )  
 Divorciado ( )  
 Separado ( )  
 No aplica ( )  
 Se ignora ( )

**OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_ (Actual o última) **ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_ (Ultimo año aprobado)

**RESIDENCIA ACTUAL:** \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción Sanitaria \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Delegación (para IMSS) \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE**

Clave Unidad \_\_\_\_\_ Estado / Delegación \_\_\_\_\_ Jurisdicción Sanitaria \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) \_\_\_\_\_ Nombre del Médico Notificante \_\_\_\_\_

**FECHA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **FECHA DE NOTIFICACIÓN:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

**DIAGNÓSTICO PROBABLE:** \_\_\_\_\_ **DIAGNÓSTICO FINAL:** \_\_\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

**Fecha de llegada a Sudáfrica:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Países y ciudades que visitó:** \_\_\_\_\_  
 DÍA MES AÑO

**Fecha de salida de Sudáfrica:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.- ¿Tuvo contacto con alguna(s) personas con exantema?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DÍA MES AÑO ____/____/____
2.- ¿Le mordió algún animal silvestre?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	____/____/____
3.- ¿Se aplicó la vacuna de la fiebre amarilla?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	____/____/____
4.- ¿Se aplicó la vacuna de Influenza AH1N1?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	____/____/____
5.- ¿Se aplicó la vacuna SR?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	____/____/____
6.- ¿Se aplicó alguna otra vacuna antes de su viaje?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especifique _____
7.- ¿En Sudáfrica tuvo relaciones sexuales sin protección con parejas ocasionales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	____/____/____
8.- ¿Nadó en albercas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	____/____/____
9.- ¿Nadó o se sumergió en algun río o laguna?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	____/____/____
10.- ¿Visitó Areas Rurales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	____/____/____
11.- ¿Realizó algún Safari?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	____/____/____

**IV. CUADRO CLÍNICO**

**FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Ingresó a México con síntomas:**  SI  NO  
 DÍA MES AÑO

Fiebre  Temp \_\_\_\_ °C  
 DÍA MES AÑO

Cefalea <input type="checkbox"/>	Escape de líquidos <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia <input type="checkbox"/>	Erupción petequial <input type="checkbox"/>
Mialgias <input type="checkbox"/>	Hemorrágias <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>	Coluria <input type="checkbox"/>
Artralgias <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca <input type="checkbox"/>	Ictericia <input type="checkbox"/>
Postración <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Estupor <input type="checkbox"/>	Escaras <input type="checkbox"/>
Exantema <input type="checkbox"/>	Odinofagia <input type="checkbox"/>	Desorientación/Confusión <input type="checkbox"/>	Secresión genitourinaria purulenta <input type="checkbox"/>
Vómito <input type="checkbox"/>	Tos seca <input type="checkbox"/>	Temblor <input type="checkbox"/>	Fotofobia <input type="checkbox"/>
Náuseas <input type="checkbox"/>	Tos con expectoración <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>	Hidrofobia <input type="checkbox"/>
Escalofríos <input type="checkbox"/>	Congestión nasal <input type="checkbox"/>	Debilidad muscular <input type="checkbox"/>	Otras: _____
Conjuntivitis <input type="checkbox"/>	Rinorrea <input type="checkbox"/>	Parálisis <input type="checkbox"/>	_____
Exantema palmar y/o plantar <input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/>	Paresia <input type="checkbox"/>	_____

**V. EVOLUCIÓN**

**EN ESTUDIO**  **ALTA**  **DEFUNCIÓN**  **Fecha de defunción:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DÍA MES AÑO

**VI. ESTUDIOS DE LABORATORIO**

**Muestra:** \_\_\_\_\_

**Fecha toma:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Prueba a Realizar** \_\_\_\_\_

**Fecha de resultado:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Resultado:**  +  -  +  -  +  -  +  -  +  -  
 A: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

**Laboratorio responsable del resultado:** \_\_\_\_\_

**VII. ESTUDIOS DE CONTACTOS**

N O M B R E (apellido paterno, materno, nombre)	S E X O		EDAD	Relación con el paciente	Sintomático		NOTIFICADO	
	M	F			Si	No	Si	No

**VIII. OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_