

FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIRUELA DEL MONO

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

1.1. Establecimiento de Salud: 1.2. Cód. Estab.: 1.3. Red de Salud:
 1.4. Departamento: 1.5. Municipio:
 1.6. Subsector: 1.6.1. Público 1.6.2. Seguridad Social: 1.6.3. Privado 1.7. Fecha de Notificación:/...../.....
 1.8. Sem Epidemiológica: 1.9. Caso identificado en Punto de Entrada: No Si Aéreo terrestre

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO/PACIENTE

2.1. N° Carnet de Identidad/Cédula de extranjero/Pasaporte: 2.2. Fecha de Nacimiento:/...../..... 2.3. Edad:
 2.4. Nombres y Apellidos: 2.5. Sexo: F M Orientación o Identificación de Género:
 2.6. Embarazo: 2.7. País de procedencia: 2.8. Residencia actual: 2.8.1. Departamento: 2.8.2. Municipio:
 2.8.3. Calle: 2.8.4. Zona: 2.8.5. N°: 2.9. Teléfono:
 2.10. Si es menor de edad, nombre del padre/madre o apoderado: 2.10.1. Teléfono:

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

3.1. Ocupación: 3.1.1. Personal de Salud 3.1.2. Personal de Laboratorio 3.1.3. Trabajador de la Prensa 3.1.4. FFAA 3.1.5. Policía 3.1.6. Otro
 3.2. Esquema Regular de Vacunación: Completo Incompleto Vacuna contra la COVID-19: 1ra Dosis 2da Dosis Dosis Única
 3.3. Antecedente de viaje a país endémico o país con notificación de algún caso en los 21 días antes de presentar síntomas Si No
 3.4. Tuvo contacto con alguna persona con signo sintomatología en los 21 días antes de presentar síntomas: Si No
 3.5. Lugar probable de infección: 3.5.1. País: 3.5.2. Departamento: 3.5.3. Municipio:
 3.5.4. Ciudad/Localidad: 3.5.5. Fecha:/...../.....

4. ENFERMEDADES DE BASE O FACTORES DE RIESGO

4.1. Presenta 4.2. No presenta
 4.1.1. Hipertensión Arterial 4.1.2. Obesidad 4.1.3. Diabetes 4.1.4. Enfermedad Oncológica 4.1.5. Tabaquismo: Si No
 4.1.5. Enfermedad cardíaca 4.1.6. Enfermedad respiratoria 4.1.8. Enfermedad Renal Crónica 4.1.9. VIH 4.1.10. Otro:

5. DATOS CLÍNICOS

5.1. Fecha de inicio de síntomas:/...../.....
 5.2. Clínica: 5.2.1. Fiebre 5.2.1. Escalofríos 5.2.2. Cefalea 5.2.3. Dolor de Garganta 5.2.4. Fatiga 5.2.5. Mialgias 5.2.6. Astenia
 5.2.7. Malestar general 5.2.8. Dolor de Espalda baja 5.2.9. Exantema Agudo inexplicable 5.2.10. Linfadenopatías 5.2.11. Otros

6. AISLAMIENTO U HOSPITALIZACIÓN

6.1. Aislamiento: Si No 6.1.1. Lugar de Aislamiento: 6.2.3. Fecha de Aislamiento:/...../.....
 6.2. Hospitalización: Si No 6.3. Lugar de Hospitalización:

7. CONTACTOS

7.1. Nombre y apellidos	7.2. Relación	7.3. Edad	7.4. Teléfono	7.5. Dirección	7.6. Fecha de contacto	7.7. Lugar de contacto

8. LABORATORIO

8.1. Se tomó muestra para Laboratorio: Si NO
 8.2. Tipo de muestra: 8.2.1. Exudado de la lesión 8.2.2. Costras secas 8.2.3. Bordes superiores 8.2.4. Hisopado orofaríngeo 8.2.5. Otra
 8.3. Nombre de Lab. que procesará la muestra: 8.4. Fecha de toma de muestra:/...../..... 8.5. Fecha de envío:/...../.....
 8.6. Observaciones:

9. DEFINICIÓN DE CASO

9.1. Caso Sospechoso 9.2. Caso Probable 9.3. Caso confirmado por laboratorio:

10. DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA

10.1. Nombre y Apellido: 10.2. Tel. cel.:

Firma y sello

Sello del Establecimiento de Salud