



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica  
**Malaria**

**DATOS GENERALES**

UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación			No. De ficha				
	Día	Mes	Año	Área	Distrito	Municipio	Evento <b>MAL</b>	Año

**UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA**

Área de Salud		Distrito	
Servicio		Otro (especifique)	
Establecimiento Privado	RESPONSABLE DEL LLENADO DEL INSTRUMENTO - Nombre		Cargo

**DATOS PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre			2do. Nombre					
1er. Apellido		2do. Apellido		De casada				
EDAD		FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE RESIDENCIA Dirección:			
Años	Meses	Día	Mes	Año				
Departamento		Municipio		Localidad		Sexo	F	M
GRUPO ÉTNICO	Maya	Ladino/mestizo	Garífuna	Xinca	Otro:	Teléfono:		
Jefe de casa o persona responsable								

**DATOS CLÍNICOS**

Sintomatología actual	FECHA DE INICIO DE SINTOMAS			Paciente embarazada		Si		No	
	Día	Mes	Año	Semanas de embarazo					
Signos y/síntomas	Si	No	No sabe	Signos y/síntomas	Si	No	No sabe		
Tos				Convulsiones					
Cambios de personalidad				Esplenomegalia					
Sudoración diurna				Hepatomegalia					
Diarrea				Dolor de cuerpo					
Calosfríos				Ictericia					
Fiebre				Vómitos					
Dolor de cabeza				Palidez generalizada					
Otros (especificar)									

**FACTORES DE RIESGO**

¿Viajo a otro lugar durante los últimos 14 días antes de su enfermedad?	Si		No		No sabe	
¿A dónde?						
¿Padeció de paludismo (malaria) anteriormente?	Si		No		No sabe	
¿Cuándo?	Mes		Año			
¿Picado por mosquito nocturno?	Si		No		No sabe	
¿Utilizo mosquitero para dormir durante las últimas dos semanas?	Si		No		No sabe	

**RESULTADOS DE LABORATORIO**

**Muestras tomadas**

Fecha de recepción	Fecha Toma Muestra	Código Muestra	Tipo Muestra



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica  
**Malaria**

**Pruebas Realizadas**

Código Muestra	Fecha Prueba	Prueba	Resultado	Comentarios

**Conclusiones Asignadas**

Código Muestra	Resultado Final	Específico No. 1	Específico No. 2	Comentarios

**Datos de Laboratorio Local**

<i>Resultados por gota gruesa</i>		<i>Resultados por prueba rápida</i>	
Vivax		Plasmodium Falciparum o asociados	
Falciparum		Plasmodium SP.	
Asociados		Negativo	
Negativo			
<b>Diagnóstico Final</b>			
Gota gruesa positiva a pvivax		Gota gruesa negativa	
Pfalsiparum positivo		Pmixto positivo	