



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica  
**Dengue**

**DATOS GENERALES**

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

**UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DEL LLENADO DEL INSTRUMENTO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**DATOS PACIENTE**

**NOMBRE DEL PACIENTE** 1er. Nombre: \_\_\_\_\_ 2do. Nombre: \_\_\_\_\_

1er. Apellido: \_\_\_\_\_ 2do. Apellido: \_\_\_\_\_ De casada: \_\_\_\_\_

**EDAD** Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA Dirección:** \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

**GRUPO ÉTNICO** Maya  Ladino/mestizo  Garífuna  Xinca  Otro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Jefe de la casa o persona responsable: \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS**

**Sintomatología actual**

**FECHA DE INICIO DE SINTOMAS** Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Signos y/síntomas	Si	No	No sabe	Signos y/síntomas	Si	No	No sabe
Tos				Erupciones cutáneas (rash)			
Vómitos con sangre(hematemesis)				Hemorragia nasal o epistaxis			
Hemorragia encías(gingivorragia)				Petequias			
Purpura o equimosis				Sangre en orina(hematuria)			
Hemorragia Vaginal				Enterorragia			
Melena				Piel fría			
Diarrea				Dolor de cabeza			
Dolor muscular o de articulaciones				Dolor Abdominal			
Vómitos				Fiebre			
Calosfríos				Sudoración			
Dolor retro orbitario				Dolor de Cuerpo			
Nausea				Congestión Nasal			

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Prueba de torniquete Positiva  Negativa  No se realizo  Paciente embarazada Si  No  No aplica  Semanas de embarazo \_\_\_\_\_

**Estado del paciente** Vivo  Muerto  **Sintomatología clínica** Si  No

**FACTORES DE RIESGO**

¿Durante los 10 días antes de su enfermedad viajó a otro lugar? Si  No  ¿Donde? \_\_\_\_\_

¿Ha viajado durante su enfermedad? Si  No  ¿Donde? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido dengue anteriormente? Si  No  No sabe  ¿Cuándo? Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Antecedente de contacto con el vector Si  No  ¿Hay otra persona enferma en su casa? Si  No

Ubicación de la vivienda Urbana  Rural  Urbana - Rural  No. de habitantes por vivienda: \_\_\_\_\_

No. de habitaciones por vivienda: \_\_\_\_\_ Tipo de construcción Madera  Block  Carbón

Condición de vivienda o ubicación Protegida  Desprotegida  Ubicación vivienda a menos de 100 mts. de cementerio Si  No



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica  
**Dengue**

Vivienda cerrada	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Disponibilidad de agua	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Medios de almacenamiento de agua	Pilas	<input type="checkbox"/>	Toneles	<input type="checkbox"/>	Disponibilidad de desechos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
RESULTADOS DE LABORATORIO										
Muestras tomadas										
Fecha de recepción	Fecha Toma Muestra	Código Muestra	Tipo Muestra							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Pruebas Realizadas										
Código Muestra	Fecha Prueba	Prueba			Resultado	Comentarios				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Conclusiones Asignadas										
Código Muestra	Resultado Final				Específico No. 1	Específico No. 2	Comentarios			
<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Datos de laboratorio local										
Tipo de prueba		1ª. Muestra			2ª. Muestra					
Recuento de glóbulos blancos		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Recuento de plaquetas		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Hematocrito		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Clasificación del Caso										
Clínico		<input type="checkbox"/>	Confirmado		<input type="checkbox"/>	Nexo Epidemiológico		<input type="checkbox"/>	Descartado	