



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
FICHA EPIDEMIOLOGICA NACIONAL  
CASO SOSPECHOSO LEPTOSPIROSIS HUMANA

I. DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de llenado de la ficha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc.  Fem.   
Dirección Exacta o referencia: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Área de salud: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
Jefe de casa o persona responsable: \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de Toma de la Muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

II. Antecedente de presencia DATOS CLINICOS (marque con una X los hallazgos clínicos)

FIEBRE	( )	NAUSEAS	( )
CEFALEA	( )	VOMITOS	( )
ESCALOFRIOS	( )	DIARREA	( )
DOLOR MUSCULAR	( )	MORETES	( )
FARINGITIS	( )	RASH	( )
DOLOR RETROORBITARIO	( )	CONGESTION OCULAR	( )
EPISTAXIS	( )	OLIGURIA	( )
DOLOR ABDOMINAL	( )	ANURIA(<75ml/12 h)	( )
DOLOR TORÁCICO	( )	DOLOR DE ESPALDA BAJA	( )
ICTERICIA	( )		
CONGESTION OCULAR	( )	CANSANCIO	( )
EXANTEMA DEL PALADAR	( )	P. de TORNQUETE	( )
HEPATOMEGALIA	( )	HEMORRAGIAS	( )

Especifique sitio de sangrado \_\_\_\_\_  
OTROS \_\_\_\_\_

III. DATOS DE LABORATORIO

Malaria SI \_\_\_ NO \_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Dengue SI \_\_\_ NO \_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Hepatitis SI \_\_\_ NO \_\_\_ A - B - C Resultados \_\_\_\_\_

Hemocultivo(S. Tiphy) SI \_\_\_ NO \_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Coprocultivo(S. Tiphy) SI \_\_\_ NO \_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

IV. FACTORES DE RIESGO (en los últimos 15 días)

Comió fuera de su casa: Si ( ) No ( ) Donde: \_\_\_\_\_  
Estuvo en contacto con agua de ríos, riachuelos, lagunas u otras fuentes de agua SI ( ) NO ( )  
Donde: \_\_\_\_\_  
Estuvo en contacto con cultivos de caña o arroz SI ( ) NO ( )  
Donde: \_\_\_\_\_  
Ha tenido contacto con: vacas. \_\_\_\_\_ cerdos. \_\_\_\_\_ perros. \_\_\_\_\_ Otros. \_\_\_\_\_  
Que tipo de agua consume: entubada. \_\_\_\_\_ de pozo. \_\_\_\_\_ de río. \_\_\_\_\_ embotellada. \_\_\_\_\_  
Que tratamiento le da al agua: hierva. \_\_\_\_\_ clora. \_\_\_\_\_ ninguno. \_\_\_\_\_  
Almacena granos en su casa SI ( ) NO ( ) Donde: \_\_\_\_\_  
Como: \_\_\_\_\_  
Tiene presencia de roedores (ratas y ratones) en su vivienda SI ( ) NO ( )  
Conoce a alguien con igual sintomatología SI ( ) NO ( )  
Nombre completo. \_\_\_\_\_  
Dirección exacta o referencia \_\_\_\_\_



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD CENTRAL DE REFERENCIA  
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

ÁREA: BACTERIOLOGÍA SECCIÓN BACTERIOLOGÍA

FORMATO: FICHA EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL CASO SOSPECHOSO DE  
LEPTOSPIROSIS HUMANA

EN VIGOR

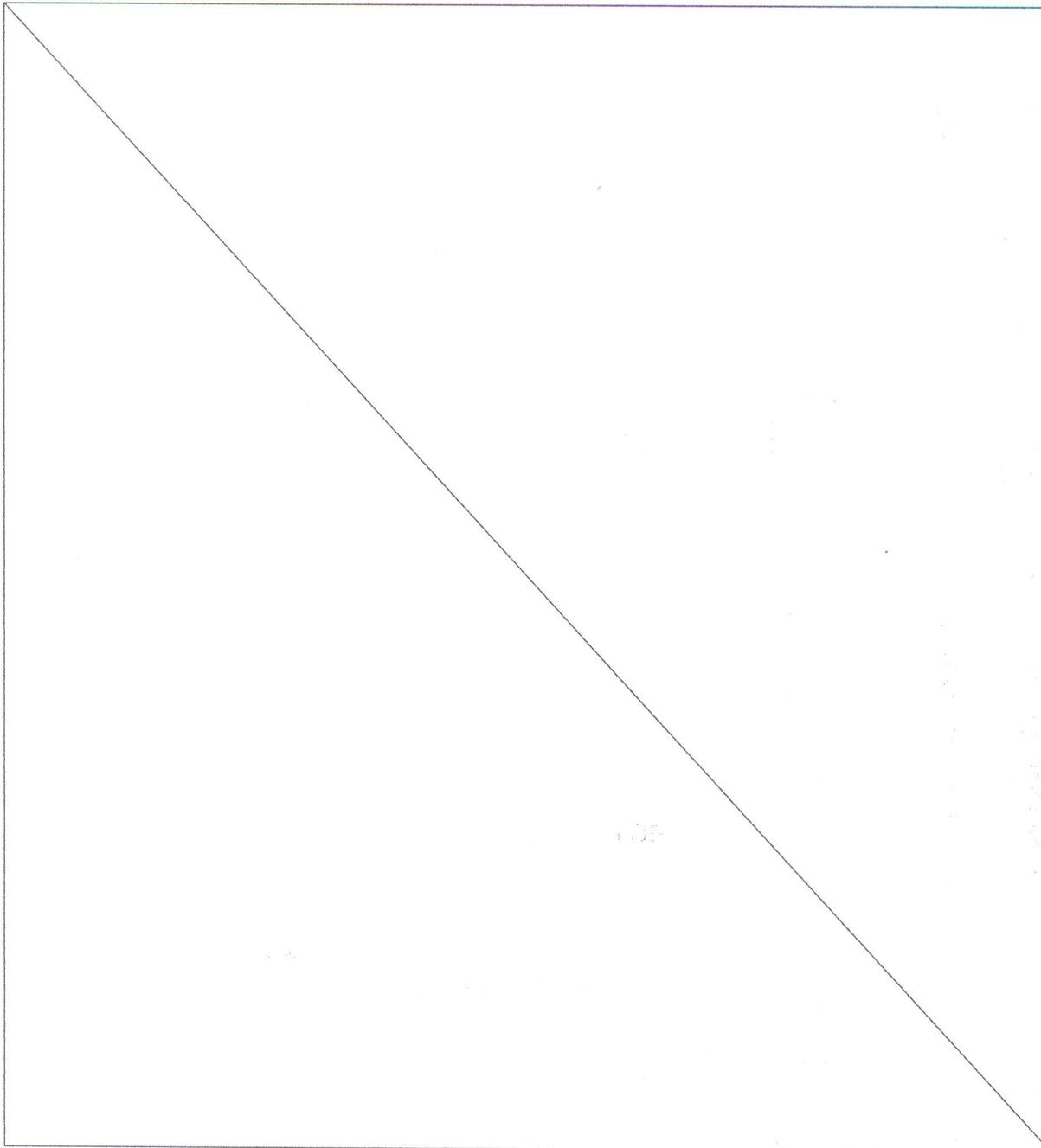
CANCELA Y SUSTITUYE

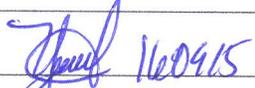
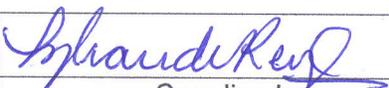
Código:	UCRF070	Código:	
No. Revisión:	0	No. Revisión:	
Elaborado por:	C.N.E.	Elaborado por:	

PÁGINA

1 de 2

L.N.S.



		
Supervisora de UCRB	Coordinadora Administrativa de UGC	01/10/15
Firma y Fecha	Firma y Fecha 16/09/15	
REVISADO	APROBADO	FECHA DE EMISIÓN

**V. DIAGNOSTICO INICIAL:** \_\_\_\_\_

Toma de muestra: SI ( ) NO ( ) fecha de envío \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Recibió tratamiento SI ( ) NO ( ) Cual. \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO FINAL. \_\_\_\_\_

Laboratorio ( ) Clínico ( ) Nexo epidemiológico ( )

**UNIDAD INFORMANTE**

Área de Salud. \_\_\_\_\_ Centro de Salud. \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador. \_\_\_\_\_ Firma. \_\_\_\_\_

Cargo. \_\_\_\_\_ Fecha. \_\_\_\_\_

NOTA:

ORIGINAL QUEDARA ARCHIVADA EN EL SERVICIO EN QUE SE ESTUDIO EL CASO, COPIAS DE ESTA FICHA ENVIARLAS A:

1. CON LA MUESTRA AL LABORATORIO CENTRAL DE REFERENCIA
2. A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA TELEFAX: 24454040 – 24454159  
e-mail. brotes@epidemiologia.mspas.gob.gt
3. A PROGRAMA DE ZONOSIS TELEFAX: 24721348  
e-mail: zoonosis@drpap-mspas.gob.gt



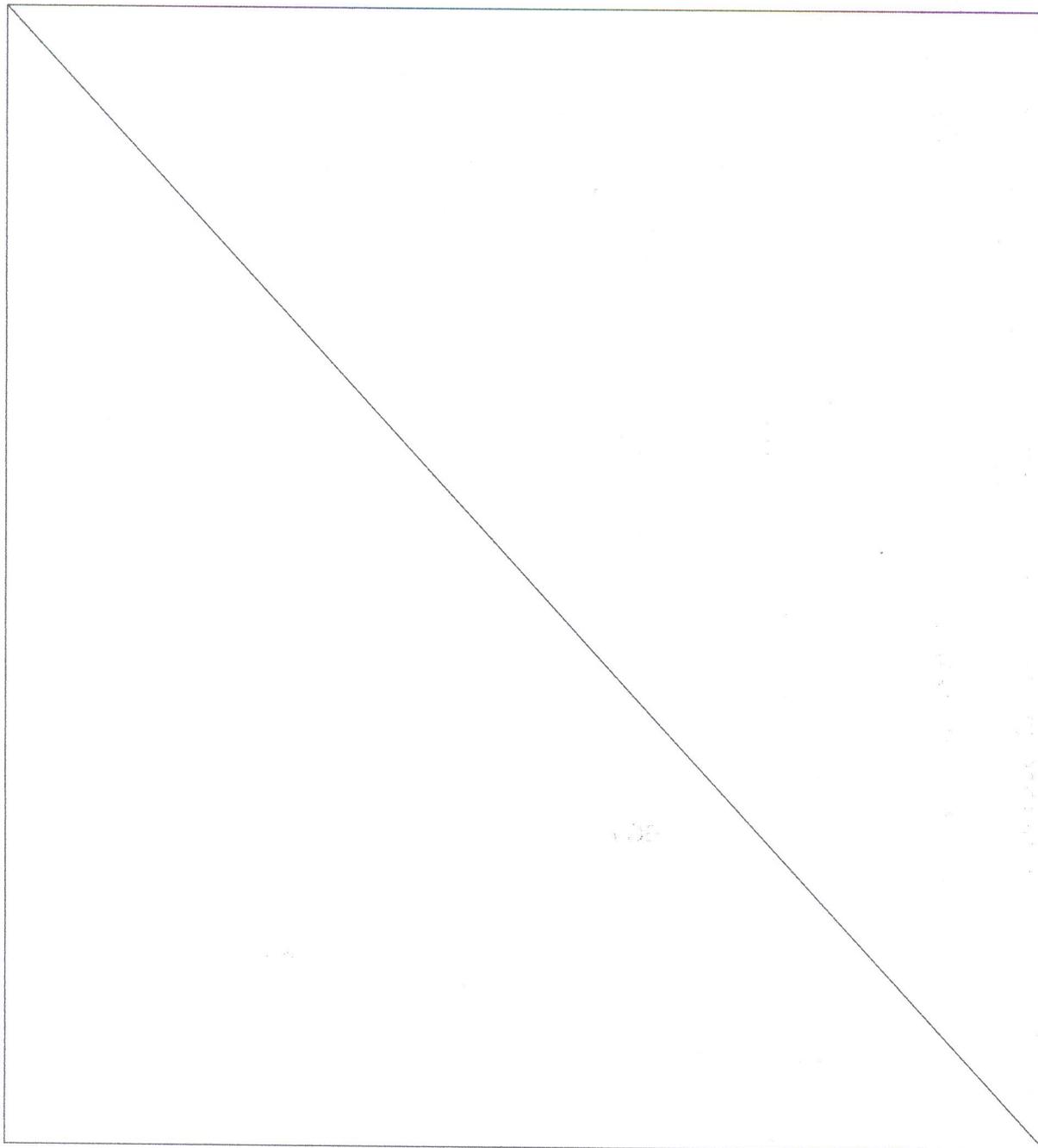
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD CENTRAL DE REFERENCIA  
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

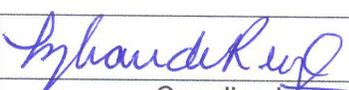
ÁREA: BACTERIOLOGÍA SECCIÓN BACTERIOLOGÍA

FORMATO: FICHA EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL CASO SOSPECHOSO DE  
LEPTOSPIROSIS HUMANA

L.N.S.

EN VIGOR		CANCELA Y SUSTITUYE		PÁGINA 2 de 2
Código:	UCRF070	Código:		
No. Revisión:	0	No. Revisión:		
Elaborado por:	C.N.E.	Elaborado por:		



 Supervisora de UCRB	 Coordinadora Administrativa de UGC	
Firma y Fecha	Firma y Fecha 16/09/15	01/10/15
REVISADO	APROBADO	FECHA DE EMISIÓN