

DATOS GENERALES														
UNIDAD NOTIFICADORA		Fecha de notificación						No. Ficha:						
		Día	Mes	Año										
UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA														
Área de Salud:						Distrito:								
Servicio:						Otro (especifique)								
DATOS PACIENTE														
NOMBRE DEL PACIENTE :						No. CUI:		Teléfono:						
LUGAR DE RESIDENCIA Dirección:						Punto de Referencia:								
EDAD		Años		Meses										
Departamento:			Municipio:			Localidad/ Aldea:			Sexo F M					
Pueblo:		Maya		Ladino/mestizo		Garífuna		Xinca		Otro:		Comunidad Lingüística:		
Urbano:		Rural		Migrante:		SI NO		¿Dónde?						
Escolaridad:		Analfabeto:		Alfabeto:		Primaria:		Básico:		Diversificado:		Universitario:		
Si es menor de edad nombre del responsable:						Parentesco:			Teléfono:					
DATOS CLÍNICOS														
Sintomatología Actual		Fecha de 1er síntoma:			Donante de Sangre:			Si		No		Menor de 15 años:		
		Día	Mes	Año	Paciente Embarazada:			Si		No		SI NO		
Signos y/síntomas		Si		Signos y/síntomas		Si		Signos y/síntomas		Si		Signos y/síntomas		Si
Fiebre				Signo de Romaña				Mega esófago				Mega colon		
Malestar General				Insuficiencia cardiaca				Chagoma				Hepatoesplenomegalia		
Linfadenopatía				Cardiomegalia				Miocarditis				Esplenomegalia		
Otros (especificar)														
DATOS EPIDEMIOLOGICOS														
¿Es originario o residente de áreas endémicas? (Chiquimula, Zacapa, Jalapa, Quiché, Santa Rosa, Alta Verapaz, Baja Verapaz, El Progreso, Huehuetenango y Jutiapa)						SI		NO		¿Qué Área?				
¿Antecedentes de Enfermedad de Chagas en su familia?						SI		NO		¿Quién?				
¿Ha viajado a lugares endémicos fuera del país?			SI		NO		¿A dónde?		¿Hace cuanto?					
¿Existen chinches picudas en su vivienda o alrededor de ella?			SI		NO				¿Hace cuanto?					
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas/hemos derivados?			SI		NO				¿Hace cuanto?					
TIPO DE VIVIENDA														
Pared:		Adobe		Bajareque		Palos		Otro:			Pared Repellada:			
Techo:		Paja		Lámina		Otro:					SI NO			
DATOS DE LABORATORIO														
Muestras Parasitológicas		SI		Fecha:		No.		Resultado:		Fecha:				
Muestras Serológicas:		SI		Fecha:		No.		Resultado:		Fecha:				
ELISA:		SI		Fecha:		No.		Resultado:		Fecha:				
Prueba Rápida: (Inmunocromatografía)		SI		Fecha:		No.		Resultado:		Fecha:				
Aglutinación:		SI		Fecha:		No.		Resultado:		Fecha:				
CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO														
Clasificación del Caso:		Sospechoso		SI		NO		Agudo		Crónico		Autóctono		
		Confirmado				Clínico		Descartado		Importado		¿Importado de donde?		
Tipo de Vigilancia:		Pasiva		Activa		DIAGNOSTICO FINAL:								
Nombre, cargo y firma del responsable del llenado de ficha:						Vo.Bo. del Director de Distrito:								
Revisado por el epidemiólogo de la DAS:						Observaciones:								