



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica integrada
 Dengue - Chikungunya - Zika



1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Enfermedad Vectorial <input type="radio"/> Dengue <input type="radio"/> Chikungunya <input type="radio"/> Zika		1.2 Fecha de notificación (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]	1.3 No. de ficha [][][] / _____
1.4 Datos de la unidad notificadora <input type="radio"/> Área de salud _____ <input type="radio"/> Distrito _____ <input type="radio"/> Servicio _____ <input type="radio"/> Otro (especifique) _____			

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Apellidos		Nombres	
2.2 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]	2.3 Edad	2.4 Unidad de medida de la edad <input type="radio"/> Años <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Meses	2.5 Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
2.6 Embarazada <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	2.7 Semanas de embarazo []	2.8 Etapas de gestación <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Cuerperio	2.9 Tipo de parto <input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> Cesárea
2.10 Datos del recién nacido Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]		Lugar de nacimiento _____	
Condición <input type="radio"/> Vivo <input type="radio"/> Muerto	Malformaciones genéticas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Especifique _____	
2.11 Dirección de residencia Departamento _____ Municipio _____ Comunidad _____			
Barrio o colonia _____		Calle / No. / zona _____	
2.12 País de procedencia <input type="radio"/> Guatemala Otro _____		2.13 Grupo étnico <input type="radio"/> Maya <input type="radio"/> Ladino / Mestizo <input type="radio"/> Garífuna <input type="radio"/> Xinca <input type="radio"/> Otro (especifique) _____	2.14 Ocupación _____
2.15 Datos del responsable (si es menor de edad) _____			

3. DATOS CLÍNICOS

3.1 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]	3.2 Días con síntomas	3.3 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]
3.4 Hospitalizado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Lugar _____	Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]	
3.5 Atención médica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuándo (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]	Dónde _____

4. SIGNOS Y SINTOMAS

<input type="radio"/> Anorexia	<input type="radio"/> Conjuntivitis no purulenta	<input type="radio"/> Enterorragia	<input type="radio"/> Hemorragia urinaria	<input type="radio"/> Piel fría
<input type="radio"/> Artralgia	<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/> Epistaxis	<input type="radio"/> Hemorragia vaginal	<input type="radio"/> Sudoración
<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Dolor abdominal	<input type="radio"/> Exantema maculopapular (rash)	<input type="radio"/> Melena	<input type="radio"/> Tos
<input type="radio"/> Astenia	<input type="radio"/> Dolor retro - orbitario	<input type="radio"/> Fiebre	<input type="radio"/> Mialgia	<input type="radio"/> Vómitos
<input type="radio"/> Cefalea	<input type="radio"/> Edema en articulaciones	<input type="radio"/> Hemorragia de encías	<input type="radio"/> Petequias	<input type="radio"/> Vómitos con sangre
<input type="radio"/> Manifestaciones neurológicas (especifique) _____				

5. FACTORES DE RIESGO

¿Viajó en los últimos 15 días al inicio de los síntomas?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿A dónde?	_____
¿Recibió sangre en los últimos 15 días previos al inicio de los síntomas?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Hay otros enfermos con los mismos síntomas en la familia? (familia, localidad, población)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Almacena agua en pilas, toneles u otros recipientes?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Ha tenido dengue anteriormente?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	¿Cuándo? (mm/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Ubicación de la vivienda	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbana - Rural	No. habitantes en la casa	<input type="text"/>
¿Hay chatarra, recipientes inútiles y/o llantas en su patio o alrededores?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Ubicación vivienda menos 100 metros de: cementerio, chatarrera y llanteras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Vivienda cerrada a la vecindad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Disponibilidad de agua domiciliar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Abordaje del caso	<input type="radio"/> Centro educativo <input type="radio"/> Centro de privación de libertad <input type="radio"/> Institución militar <input type="radio"/> Albergue <input type="radio"/> Comunidad <input type="radio"/> Otro _____		

6. LABORATORIO

6.1 Se realizó toma de muestra		6.2 Fecha de toma de muestras (dd/mm/aaaa)	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="text"/> / <input type="text"/>	
6.3 Tipo de muestra	6.4 Resultado	6.3 Fecha de resultado de orina (dd/mm/aaaa)	
<input type="radio"/> Suero	<input type="radio"/> Serología IgM <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo	<input type="text"/> / <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Orina	<input type="radio"/> Serología NS1 <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo	<input type="text"/> / <input type="text"/>	
	<input type="radio"/> RT-PCR <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo	<input type="text"/> / <input type="text"/>	
6.5 Virología		Detección viral Zika	
Serotipo de Dengue	Detección viral Chikungunya	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

7. CONCLUSIÓN FINAL DEL CASO

Dengue	7.1 Clasificación	7.1 Condición egreso	Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)
<input type="radio"/> Dengue sin signos de alarma <input type="radio"/> Dengue con signos de alarma <input type="radio"/> Dengue grave	<input type="radio"/> Sospechoso <input type="radio"/> Probable <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Confirmado por nexos epidemiológico <input type="radio"/> Descartado	<input type="radio"/> Vivo <input type="radio"/> Muerto <input type="radio"/> Traslado a otro hospital <input type="radio"/> Contraindicado	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="radio"/> Chikungunya <input type="radio"/> Zika			

Responsable llenado de ficha (nombre y apellidos)

Cargo	Fecha (dd/mm/aaaa)
_____	<input type="text"/> / <input type="text"/>