



1. DATOS DE NOTIFICACIÓN

1.1 Fecha de notificación (dd/mm/aaaa) / / 1.2 No. de registro/ No. de expediente clínico

1.3 Unidad notificadora
 Área de Salud Distrito
 Servicio u hospital IGSS Privado Otro

1.4 Tipo de vigilancia ETI IRAG Caso inusitado Brote 1.5 Responsable del llenado del ficha (nombre y apellidos) 1.6 Firma y sello

Cargo Teléfono Correo

1.7 Servicio donde se capta el caso Consulta externa Emergencia Encamamiento Domicilio UCI Otro

2. DATOS DEL PACIENTE

2.1 Apellidos Nombres

2.2 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / / 2.3 Edad Años Meses Días 2.4 Sexo Masculino Femenino

2.5 Ocupación 2.6 Escolaridad Ninguna Primaria Secundaria Diversificado Universitario

2.7 Grupo étnico Maya Ladino / Mestizo Garífuna Xinca Otro (especifique) 2.8 Discapacidad Si No Tipo

2.9 Dirección de residencia Lugar de referencia

2.10 País de procedencia Guatemala Otro 2.11 Teléfono 2.12 CUI/ Otro documento de identidad

2.13 Nombre y dirección del tutor o responsable del paciente 2.14 Teléfono del responsable

2.15 Embarazada Si No 2.16 Semanas de embarazo 2.17 Post parto Si No

3. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

3.1 Influenza Si No No. dosis Primera Segunda Fuente de información de la vacuna Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) / /

3.2 COVID-19 Si No Tipo de vacuna primera dosis Otra Fuente de información Fecha de primera dosis (dd/mm/aaaa) / /

3.2 COVID-19 Si No Tipo de vacuna segunda dosis Otra Fuente de información Fecha de segunda dosis (dd/mm/aaaa) / /

3.2 COVID-19 Si No Tipo de vacuna tercera dosis Otra Fuente de información Fecha de tercera dosis (dd/mm/aaaa) / /

3.3 ¿Usó antivirales para la enfermedad actual? Si No Tipo de antiviral Dosis antiviral Fecha de inicio de antiviral actual (dd/mm/aaaa) / /

4. EVENTO INUSITADO

ETI o IRAG en trabajador de salud que haya estado expuesto a condiciones de riesgo por su trabajo Si No

ETI o IRAG en personas que han viajado a zonas con circulación de virus respiratorios de potencial pandémico en dos semanas previas a enfermar Si No

Caso de ETI o IRAG en persona previamente sana con deterioro clínico y que no responde a tratamiento Si No

Defunción relacionada con IRAG de causa desconocida Si No

Caso de ETI o IRAG que se asocia con enfermedad en aves/animales Si No

Tuvo el paciente contacto directo o indirecto con animales. Por ejemplo: animales utilizados para caza (perros, halcones), murciélagos, aves, ganado doméstico en las granjas o mercados, mascotas, roedores o animales silvestres; en los 14 días previos al inicio de los síntomas. Si No

5. COMORBILIDADES

Asma Disfunción neuromuscular Inmunosupresión Tratamiento con corticosteroides

Cáncer Enfermedad hepática crónica Insuficiencia renal crónica Otros

Cardiopatía crónica Enf. Pulmonar obstructiva crónica Obesidad

Diabetes mellitus Hipertensión arterial VIH

6. FACTORES DE RIESGO EN MENORES DE 2 AÑOS

Desnutrición Prematuridad Bajo peso al nacer Ausencia de lactancia materna

7. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Asintomático Sintomático 7.1 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) / /

7.2 Signos y síntomas al momento de la toma de muestra

Fiebre > 38° centígrados Dolor muscular Dificultad para respirar Alteración del estado de conciencia

Antecedente de fiebre Dolor de garganta Pérdida de gusto Estridor laríngeo

Tos Rinorrea Pérdida de olfato Tiraje subcostal

Malestar general Conjuntivitis Náusea o vómitos Aleteo nasal

Dolor de cabeza Adenopatía Diarrea Otros

8. MUESTRAS TOMADAS

8.1 Se tomó muestra Tipo de muestra Hisopado nasofaríngeo Otros Fecha de toma de muestras (dd/mm/aaaa) / /

Si No Hisopado orofaríngeo Hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo

9. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

9.1 Servicio/unidad 9.2 Diagnóstico ingreso

9.3 El paciente fue hospitalizado Si No Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) / /

9.4 Ingreso a UCI Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa) / / Fecha de egreso (dd/mm/aaaa) / /

Si No Ventilación mecánica invasiva Ventilación mecánica no invasiva

9.5 Referido a otro hospital Si No ¿Cuál? 9.6 Condición del paciente Vivo Muerto

9.7 Diagnóstico egreso Fecha de egreso/fallecimiento (dd/mm/aaaa) / / 9.8 Virus detectado

TIPO DE DISCAPACIDAD 1. Física 2. Intelectual 3. Psicosocial 4. Sensorial auditiva 5. Visual 6. Múltiple 7. Sordoceguera 8. Talla pequeña

FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA 1. Carné de vacunación revisado en físico 2. Registro de vacunación en papel 3. Registro nominal nacional electrónico 4. Expediente clínico 5. Otros registros del PNI

6. Carné de vacunación leído por teléfono 7. Reporte verbal sin carné 8. Sin información

TIPO DE VACUNA 1. Pfizer/BioNTech 2. Astra Zeneca/Oxford 3. Sputnik V 4. Johnson & Johnson 5. Moderna