

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M () F () DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Barrio: _____ Localidad: _____
 Urbano () Rural () Departamento: _____ Provincia: _____

2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Tuvo de Dengue anteriormente: Si () No () Fecha: ____/____/____

3. INTERNACIÓN

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____
 Fecha de Internación: ____/____/____ Hora: ____:____ Institución: _____
 Motivo de la Internación: _____
 Servicio: _____ N° de historia clínica: _____

	SIGNOS/SINTOMAS A EVALUAR CADA DÍA	DÍAS DE INTERNACIÓN											OBSERVACIONES
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SIGNOS DE ALARMA	Fiebre												
	Dolor abdominal, intenso y continuo												
	Vómitos persistentes												
	Derrame seroso de peritoneo, pleura o pericardio detectado por clínica, por laboratorio o por imágenes												
	Sangrado de mucosa												
	Cambio en el estado mental: Somnolencia o irritabilidad												
	Hepatomegalia (>2cm)												
	Incremento brusco del hematocrito y rápida disminución del recuento de plaquetas												
CRITERIOS DE DENGUE GRAVE	Shock Hipovolémico por fuga de plasma												
	Distrés respiratorio por acumulación de líquido												
	Sangrado grave												
	Daño orgánico importante												

Observaciones: _____

4. EGRESO

Condición al egreso: Vivo ☐ Fallecido ☐ Fecha: ____/____/____
 Diagnóstico al egreso: Dengue ☐ Dengue con signo de alarma ☐ Dengue grave ☐ Otro: _____
 Institución Notificadora: _____