

DATOS DEL PACIENTE

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

SOSPECHA CLINICA

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____

Diagnóstico sospechoso: (colocar n° de orden) **Paludismo** () **Fiebre Amarilla** () **Leptospirosis** ()
FHA () **Hantavirus** () **Flavivirus-SLE-WEN** () **Rubéola** () **Rickettsiosis** () **Dengue** ()
Chikungunya () **Zika** () **Otro:** _____

PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS

Fecha extracción de muestra: ____/____/____ 2° muestra: () 3° muestra: ()

Tipo de muestra: Suero () LCR () Gota gruesa y frotis () Orina () Otra: _____

Embarazada SI NO 1er Trimestre 2do Trimestre 3er Trimestre

Ambulatorio () Paciente Internado () Fallecido ()

Establecimiento notificador: _____

Tel/fax: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____