

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 EPIDEMIOLOGICOS

Tuvo Dengue anteriormente: Si () No () Fecha: ____/____/____
 Tuvo Zika anteriormente: Si () No () Fecha: ____/____/____
 Tuvo Chikungunya 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: _____
 Embarazada SI NO

	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)													
CRITERIOS DE DENGUE GRAVE	Incremento brusco del hematocrito y rápida disminución del recuento de plaquetas													
	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: ____/____/____
 Diagnostico al egreso: Dengue Dengue con signo de alarma Dengue grave
 Chikungunya Zika Otro _____
 Institución Notificadora: _____

Firma y sello del médico: _____