Datos de filiación del paciente

Nombre y apellido: Fecha de Nac.:...../...../.....
Edad:..... Sexo:..... DNI:..... Ocupación:
Domicilio: Barrio:.....
Localidad: Departamento: Tel.:

Antecedentes Epidemiológicos

Posee perros: SI NO Cuántos:..... Edades:.....
Lugar de residencia hasta los 4 años de edad.....
Concurrencia frecuente a plazas y areneros SI NO Casa piso de tierra SI NO
Antecedentes de otros familiares con Toxocariasis: SI NO

Antecedentes Clínicos

Tos SI NO Sibilancia SI NO Fiebre SI NO
Alergias SI NO Hepatomegalia SI NO Esplenomegalia SI NO
Urticaria SI NO Convulsiones SI NO Lesión ocular SI NO
Otros:.....

Datos de laboratorio

Glóbulos blancos:..... Hematocrito:..... Recuento de Eosinófilos:.....
Isohemaglutininas:..... GOT:..... GPT:..... Fosfatasa alcalina:.....
Ig E:..... Ig A:..... Ig G:..... Ig M:.....
Fecha de toma de 1^{er} muestra:...../...../.....
Fecha de toma de 2^{da} muestra:...../...../.....

Tratamiento

Antiparasitario:..... Dosis:.....
Duración del tratamiento:.....
Observaciones:.....

Datos del notificante

Nombre y apellido del profesional:
Establecimiento notificante:
Teléfono: Fax: e-mail:
Localidad: Departamento:
Fecha de notificación:/...../.....

.....
Firma