



# Estudio Epidemiológico de caso para "Juegos Panamericanos y Parapanamericanos 2011"

**⚠ IMPORTANTE:** ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE, SIN ACENTOS Y SIN ABREVIATURAS.

## I DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

**Nombre:**     
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre (s)

**Fecha de nacimiento:**    **Edad:**    **Sexo:**    
Día Mes Año      Años Meses Dias      Masc. Fem.

**Ocupación:**  **Escolaridad:**   
(Actual o última)      (Ultimo año aprobado)

**Estado Civil:**

Soltero	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>
Separado	<input type="checkbox"/>
No aplica	<input type="checkbox"/>
Se ignora	<input type="checkbox"/>

### RESIDENCIA ACTUAL

Calle y Número      Colonia      Estado

Jurisdicción      Municipio      Localidad      Código Postal      Teléfono

### HOSPEDAJE

**CASA**  **HOTEL**  **NOMBRE DEL HOTEL**

## II DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Clave de Unidad      Estado / Delegación      Jurisdicción Sanitaria      Municipio      Localidad

Institución      Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)      Nombre del Médico Notificante

**Fecha de solicitud de atención:**    **Fecha de notificación:**     
Día Mes Año      Día Mes Año

**Diagnóstico Probable:**  **Diagnóstico Final:**

## III ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

**Fecha de llegada a México:**     
Día Mes Año

**Países donde ha estado hasta dos semanas antes de arribar a México:**

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>

**País (en su caso, Provincia o Estado) de residencia:**

<b>PAÍS</b>	<input type="text"/>
<b>PROVINCIA</b>	<input type="text"/>
<b>ESTADO</b>	<input type="text"/>

	SÍ	NO	Día	Mes	Año
1.- ¿Tuvo contacto con alguna(s) personas con erupciones cutáneas (exantema)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.- ¿Ha sido vacunado con la vacuna SRP, MMR o Triple Viral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.- ¿Ha sido vacunado contra fiebre amarilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.- ¿Ha sido vacunado contra la Influenza, incluyendo la AH1N1?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.- ¿Ha sido vacunado contra la Poliomielitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.- ¿Ha recibido alguna otra vacuna en su país antes de viajar a México? Especifique cuales: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7.- ¿Ha padecido malaria (paludismo) en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8.- ¿Ha sufrido Diarrea en los últimos 15 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**IV CUADRO CLÍNICO**

Fecha de inicio de cuadro clínico:     
Día Mes Año

¿Ingresó a México con síntomas?  SÍ  NO

EN LA SIGUIENTE SECCIÓN SE ANOTARÁ **1** SI EL SIGNO O SÍNTOMA ESTÁ PRESENTE; **2** SI ESTÁ AUSENTE; **9** SI SE IGNORA

<b>Fiebre</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Anotar temperatura</b>	<input type="text"/> °C	<b>(el entrevistador deberá tomar la temperatura del caso)</b>	
Cefalea	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	Signo de Brudzinski	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Estupor	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	Coriza	<input type="checkbox"/>	Desorientación/Confusión	<input type="checkbox"/>
Dorsalgias	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>
Postración	<input type="checkbox"/>	Vómito	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	<input type="checkbox"/>	Sangrado	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	Escalofríos (Rigores)	<input type="checkbox"/>	Petequias	<input type="checkbox"/>
Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>
Odinofagia	<input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	Signo de Kernig	<input type="checkbox"/>	Paresia	<input type="checkbox"/>
				Cardiopatía	<input type="checkbox"/>
				Secreción genitourinaria purulenta	<input type="checkbox"/>
				Úlceras	<input type="checkbox"/>
				Otras:	<input type="text"/>

**V EVOLUCIÓN**

REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN  EN ESTUDIO  ALTA  DEFUNCIÓN  Fecha de defunción:     
Día Mes Año

**VI ESTUDIOS DE LABORATORIO**

	1	2	3	4	5
<b>Muestra:</b>					
<b>Fecha de toma:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>
<b>Prueba a realizar:</b>					
<b>Fecha de resultado:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>
<b>Resultado:</b>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A: <input type="text"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A: <input type="text"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A: <input type="text"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A: <input type="text"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A: <input type="text"/>

Laboratorio responsable del resultado:

**VII ESTUDIOS DE CONTACTOS**

NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre)	Sexo		Edad	Relación con el paciente	Sintomático		Notificado	
	M	F			SÍ	NO	SÍ	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIII OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ESTUDIO