



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

Diagnóstico inicial: _____

I. Datos de la unidad	1	Nombre Unidad que investiga: _____	2	Fecha de investigación: _____	_____	_____	_____
					día	mes	año
	3	Ubicación Unidad: _____		Provincia	Cantón	Parroquia	

II. Datos de identificación del caso	4	Nombre: _____	_____	_____	_____	5	Sexo	_____	_____
			Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre		H	M
	6	Edad: _____	_____	_____	7	Estado civil: _____	8	Escolaridad: _____	
		años	meses	días					
	9	Ocupación: _____			10	Telf.: _____			
	11	Lugar residencia: _____							
			Provincia	Cantón	Parroquia				
		Dirección exacta (Barrio, localidad): _____							
	12	Nombre de la madre o responsable: _____							

III. Datos clínicos del caso	13	Signos y síntomas:	Fecha inicio de cuadro clínico: _____	_____	_____	_____	_____	Nº días	_____				
				hora	día	mes	año						
			Fecha inicio de síntoma/signo relevante: _____	_____	_____	_____	_____						
				hora	día	mes	año						
		Adenopatías	_____	Cianosis	_____	Escalofríos	_____	Prurito	_____				
		Alt. Neurológicas del nivel central	_____	Convulsión con fiebre	_____	Espasmo muscular	_____	Rigidez muscular	_____				
		Alt. neurológicas del nivel periférico	_____	Deshidratación	_____	Estridor respiratorio	_____	Sangrados	_____				
		Anorexia	_____	Diarrea	_____	Fiebre	_____	Tos	_____				
		Apnea	_____	Dificultad respiratoria	_____	Ictericia	_____	Trismus	_____				
		Artralgia	_____	Dolor abdominal	_____	Mialgias	_____	Visión borrosa	_____				
	Ascitis	_____	Dolor garganta	_____	Nausea/vómitos	_____	Oncocercomas	_____					
	Cefalea	_____	Erupción	_____	Parálisis	_____	Sudoración Nocturna	_____					
	Otros signos y síntomas: _____												
	14	Caracterizar el/los signos/ síntomas más relevantes: _____											

	15	Recibió tratamiento:	Si	_____	No	_____	Especifique cual	_____	Duración del tratamiento especificar en días: _____				
		Evolución:		Mejóro	_____		Lugar donde recibió tratamiento:		Unidades de Salud del MSP				
				Igualas condiciones	_____				Otras Unidades de sector Público				
				Empeoró	_____				Unidades de Salud Privadas				
	16	Hospitalizado:	Si	_____	No	_____	Fecha de hospitalización: _____	_____	Nº HCL				
							día	mes	año				
		Nombre del hospital: _____							17	Ingreso a UCI			
										Si	_____	No	_____
	18	Condición egreso:	Vivo	_____	Muerto	_____			19	Fecha fallecimiento	_____	_____	_____
										día	mes	año	

IV. Datos epidemiológicos del caso	20	Antecedente vacunal:	Si	_____	No	_____	Desconoce	_____									
		BCG	_____	HB	_____	Rota	_____	OPV	_____	Penta	_____	Influenza	_____	Neumococo Conjugado	_____	SR	_____
		FA	_____	DT	_____	DPT	_____	dT	_____	SRP	_____	Varicela	_____	Neumococo Polisacarido	_____	Otras	_____
	21	Fecha de última dosis:	_____	_____	_____	22	Nº de dosis recibidas	_____									
			día	mes	año												
	23	Fuente de información:	Tarjeta de vacunación	_____	Registro servicio salud	_____	Verbal	_____									
	24	Antecedente de contacto con:	Animal vivo	_____	Animales muertos	_____	Agua/suelos	_____	Basureros	_____	Ninguno	_____					
			Metanol	_____	Persona sintomática	_____	Alimentos	_____	Plaguicidas	_____	Otros:	_____					
	25	Lugar geográfico		Forma de contacto		Origen/tipo/nombre del objeto de contacto											
	26	Fecha de contacto	_____	_____	_____	_____											
		día	mes	año	hora												

[illegible]