



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica  
Integrada  
Dengue-Chikungunya-Zika

**DATOS GENERALES**

<b>ENFERMEDAD VECTORIAL</b>		Fecha de notificación			No. De ficha	
DENGUE		Día	Mes	Año	No. _____	
CHIKUNGUNYA						
ZIKA						
<b>UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA</b>						
Área de Salud				Distrito		
Servicio				Otro (especifique)		

**DATOS PACIENTE**

Apellido(s)			Nombre			Sexo:		F	M	
<b>EDAD</b>			Departamento			Municipio				
Años			Meses			Días				
Comunidad/localidad/poblado					Teléfono		Correo electrónico			
Dirección completa										
<b>Grupo Étnico</b>		Maya		Ladino/mestizo		Garífuna		Xinca		Otro:

**DATOS CLÍNICOS**

Fecha Inicio Síntomas			Días con síntomas		Fecha de Primera Consulta			Hospitalizado		Si	No
Día Mes Año					Día Mes Año			Día Mes Año		Dónde: _____	

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Signos y síntomas	Si	No	Signo y síntoma	Si	No
Fiebre			Exantema maculopapular (rash)		
Conjuntivitis no purulenta			Sudoración		
Cefalea			Tos		
Astenia			Diarrea		
Dolor retro -orbitario			Dolor abdominal		
Anorexia			Edema en articulaciones		
Vómitos			Artralgias		
Vómitos con sangre			Artritis		
Hemorragia de encías			Manifestaciones neurológicas		
Hemorragia vaginal			Especifique:		
Hemorragia urinaria					
Enterorragia					
Melena					
Petequias					
Epistaxis					
Mialgias					
Piel fría					

<b>Para pacientes embarazadas</b>	FUR: ____/____/____	Datos del recién nacido	Malformaciones congénitas visibles:
	Semanas de embarazo: ____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique: _____
	Fecha prob. de parto: ____/____/____	Lugar: _____	
		Peso: ____ Lbs. Vivo <input type="checkbox"/> muerto <input type="checkbox"/>	

**FACTORES DE RIESGO**

Viajó en los últimos 15 días previos al inicio de los síntomas		Sí	No	¿A dónde?		
Recibió sangre en los últimos 15 días previos al inicio de los síntomas					Si	No
¿Hay otros enfermos con los mismos síntomas en la familia? (familia, localidad, población)					Si	No
¿Almacena agua en pilas, toneles, u otros recipientes?					Si	No
Ha tenido dengue anteriormente:		Si	No	No sabe	Quando?	Mes: _____ Año: _____
Ubicación de la vivienda:		Urbana	Rural	Urbana-rural	No. Habitantes por casa _____	
¿Hay chatarra, recipientes inútiles y/o llantas en su patio o alrededores?					Si	No



Centro Nacional de Epidemiología

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA**

**Ficha epidemiológica**  
Integrada  
Dengue-Chikungunya-Zika

**FACTORES DE RIESGO**

Ubicación vivienda menos 100 metros de: cementerio, chatarrera y llanteras					SI		No	
Vivienda cerrada a la vecindad	SI		No		Disponibilidad de agua domiciliar	SI		No

**LABORATORIO**

Fecha de recolección de muestra:	día	mes	año	No recolectó muestra:	
----------------------------------	-----	-----	-----	-----------------------	--

**RESULTADOS**

Tipo de Muestra		Suero		Orina	
Serología IgM	SI NO	Positivo	Negativo	Fecha del resultado	
Serología NS1	SI NO	Positivo	Negativo	Fecha del resultado	
RT-PCR	SI NO	Positivo	Negativo	Fecha del resultado	
Detección Viral Dengue:		1	2	3	4
Detección Viral Chikungunya				Detección viral Zika	

**CLASIFICACION FINAL DEL CASO:**

Dengue		Chikungunya		Zika	
Sospechoso	Probable	Confirmado	Confirmado por nexo epidemiológico		
Condición egreso:	Vivo	Muerto	Traslado otro hospital	Contraindicado	
Responsable llenado ficha	Nombre:				
Cargo:				Fecha	