

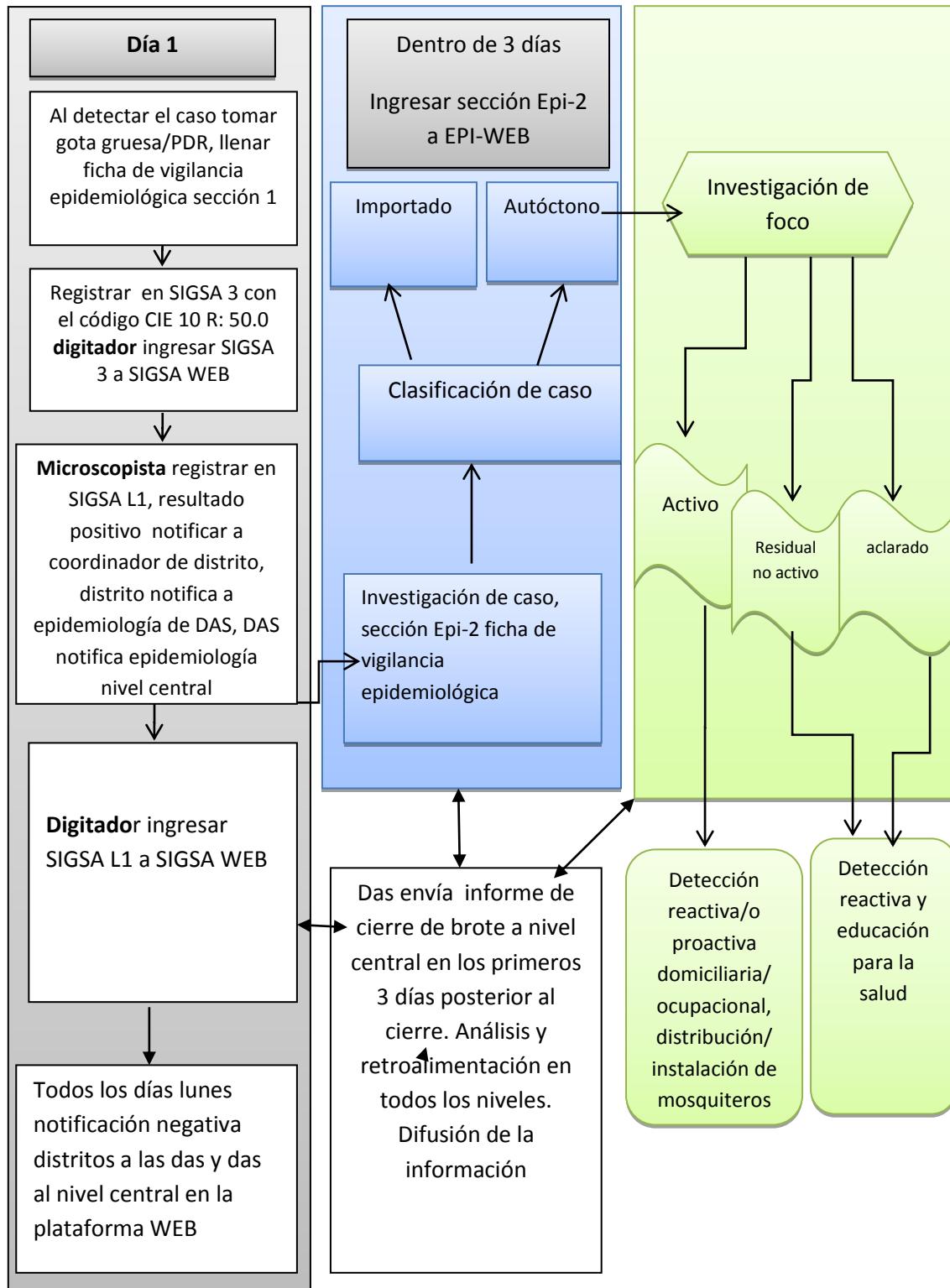
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA						FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA E INVESTIGACIÓN DE CASO DE MALARIA			
fecha de llenado			fecha de notificación			Epi-sección 1 (Epi-1)			
Búsqueda activa de casos <input type="checkbox"/>		Búsqueda pasiva <input type="checkbox"/>		Dirección de área de Salud					
		Municipio							
		Caso No.				Año			
DATOS GENERALES									
Unidad Notificadora									
Área de salud		Distrito							
Servicio		IGSS					Centro Médico Militar		
Nombre del servicio privado		Sanidad Militar					Otro especifique		
Responsable del llenado		Cargo					Teléfono		
DATOS PACIENTE									
Primer nombre			Segundo nombre			Primer apellido			
Segundo apellido			Número de CUI			No de teléfono			
Sexo Femenino <input type="checkbox"/>		Embarazada <input type="checkbox"/>		Semana de embarazo		Sexo masculino <input type="checkbox"/>			
Edad		Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año	
Pueblo		Comunidad lingüística							
Escolaridad			Residencia						
Departamento		Municipio					Poblado		
Dirección									
Coordenadas geográficas		Longitud			Latitud				
Nombre, apellidos y no. De teléfono de la madre, padre o encargado si es menor de edad									
OCUPACIÓN									
Agricultor <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> otro especifique									
Horario de trabajo									
SIGNOS Y SINTOMAS CLÍNICOS									
Fecha de inicio de síntomas		Día	Mes	Año	Semana epidemiológica				
		SI	NO	N/S		SI	NO	N/S	
Fiebre					Vómitos				
Escalofríos					Diarrea				
Sudoración					Palidez				
Falta de apetito					Sin síntomas				
Dolor de cabeza									
Otro, especifique									
Hospitalización		SI	NO	Nombre del Hospital					
Fecha de Hospitalización		Día	Mes	Año	No. De Registro Médico				
Condición de egreso		mejorado	grave	muerto	Fecha de egreso		Día	Mes	Año
Observaciones:									
RESULTADOS DE LABORATORIO									
Fecha de toma de PDR		Negativa		Positiva		Especie			
Clave de MH	Fecha de toma de muestra gota gruesa	Fecha de diagnóstico		Resultado	Positivo	Negativo			
				Especie		Densidad parasitaria			
Asex	Gam	Leu							
Exámenes de seguimiento (Gota gruesa)									
Fecha	Días después		Resultado		Especie				
Fecha	Días después		Resultado		Especie				
Fecha	Días después		Resultado		Especie				
HISTORIA DE MEDICAMENTOS									
¿Tomó medicamentos antes de la toma de la muestra? Si No ¿Cuál?									
¿Recibió tratamiento radical? (TR)		Si	No	Fecha de inicio del TR			Fecha de finalización		
Días de tratamiento		Si no completo tratamiento indique razón				Reacción adversa <input type="checkbox"/>			



Se sintió mejor <input type="checkbox"/> No entendió como tomarlo <input type="checkbox"/> Falta de medicamento <input type="checkbox"/> Otro especifique _____				
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS				
¿Pernotó en otro lugar distinto a su localidad, durante las últimas 4 semanas antes de enfermar? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>				
¿Pernotó o viajó en otro lugar distinto a su localidad, durante los últimos 3 meses antes de enfermar? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>				
Si viajó a dónde?				
Fecha del	al	Localidad	Municipio	Departamento
HISTORIA DE MALARIA				
¿Padeció de paludismo/ malaria anteriormente? Si No No sabe				
¿Cuándo? Mes Año				
¿Utilizó mosquitero para dormir durante las últimas 4 semanas? Con o sin tratamiento de insecticida si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA DE CASO (Epi-2) Epi-sección 2				
Datos de la investigación				
Fecha de Visita Domiciliar	Día	Mes	Año	
Investigador	Cargo		Firma	
Origen de la infección?: Lugar (Localidad, Municipio, Departamento, País) (tome en cuenta historia de viajes)			Fecha probable de infección	
Análisis y observaciones del caso:				
Clasificación final de caso				
Autóctono <input type="checkbox"/> Recalda <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> Introducido <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>				
Paciente adquirió la infección en otro municipio fuera de su municipio de residencia? Si No				
Dónde?				
Resultados de muestras a colaterales (contactos)				
Existen otros casos probables en la comunidad relacionados con éste caso si no especifique número				
Búsqueda activa de casos: Si ___ No ___ No. de casos encontrados en la búsqueda activa:				
Nombre	Edad	sexo	Fecha de diagnóstico	Resultado



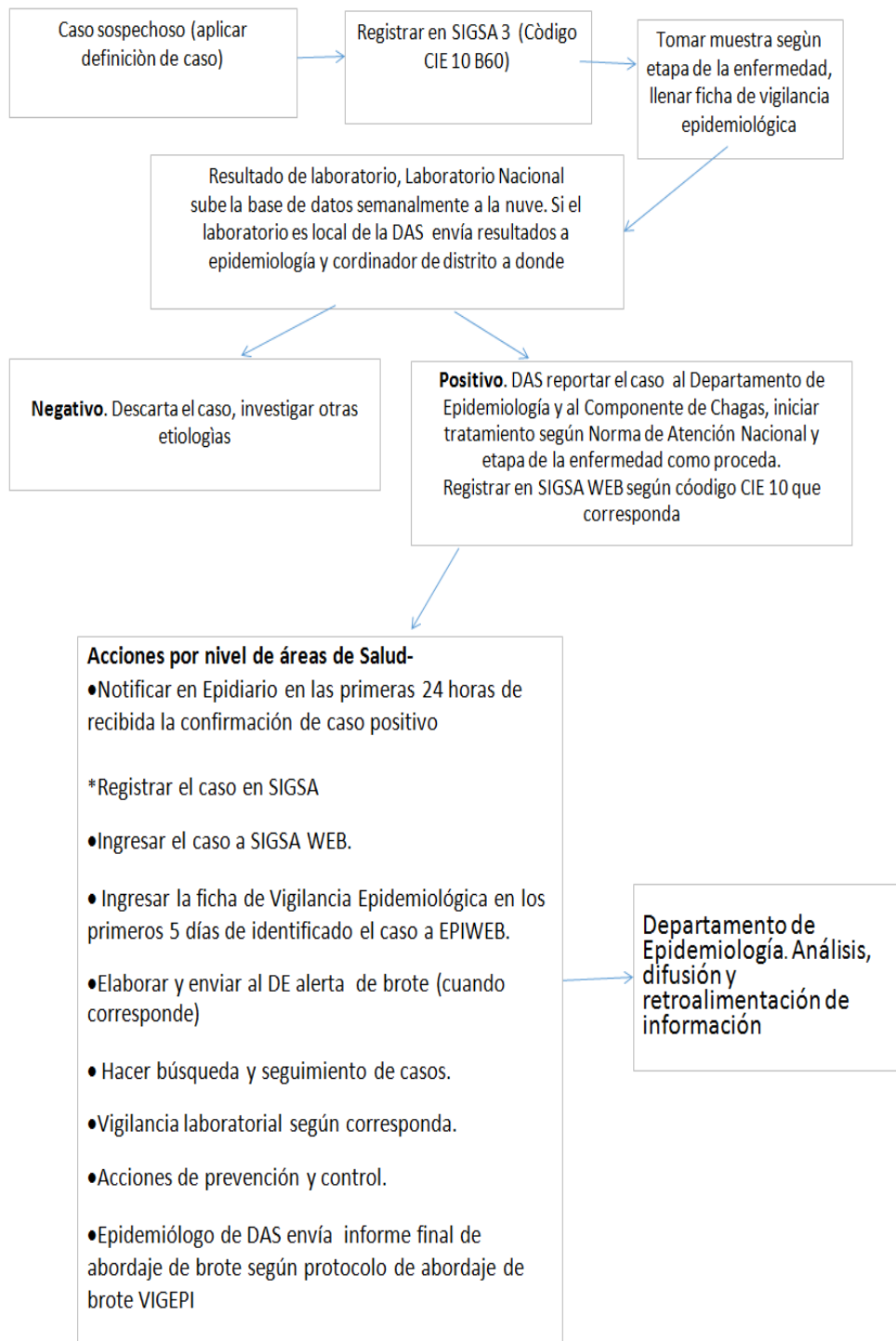
Flujograma de notificación e investigación de casos y focos de malaria



DATOS GENERALES														
UNIDAD NOTIFICADORA		Fecha de notificación						No. Ficha:						
		Die	Mes	Año										
UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA														
Área de Salud:						Distrito:								
Servicio:						Otro (especifique)								
DATOS PACIENTE														
NOMBRE DEL PACIENTE :										No. CUI:				
										Teléfono:				
EDAD		LUGAR DE RESIDENCIA Dirección:						Punto de Referencia:						
Años	Meses													
Departamento:				Municipio:				Localidad/ Aldea:				Sexo	F	M
Pueblo:	Maya	Ladino/mestizo	Garífuna	Xinca	Otro:	Comunidad Lingüística:								
Urbano:	Rural	Migrante:	SI	NO	¿Dónde?									
Escolaridad:	Analfabeto:	Alfabeto:	Primaria:	Básico:	Diversificado:	Universitario:								
Si es menor de edad nombre del responsable:						Parentesco:				Teléfono:				
DATOS CLÍNICOS														
Sintomatología Actual		Fecha de 1er síntoma:			Donante de Sangre:		Si	No	Menor de 15 años:					
		Die	Mes	Año	Paciente Embarazada:	Si	No	SI	NO					
Signos y/síntomas		Si	Signos y/síntomas		Si	Signos y/síntomas		Si	Signos y/síntomas		Si			
Fiebre			Signo de Romaña			Mega esófago			Mega colon					
Malestar General			Insuficiencia cardíaca			Chagoma			Hepatoesplenomegalia					
Linfadenopatía			Cardiomegalia			Miocarditis			Esplenomegalia					
Otros (especificar)														
DATOS EPIDEMIOLOGICOS														
¿Es originario o residente de áreas endémicas? (Chiquimula, Zacapa, Jela, Jela, Quiché, Santa Rosa, Alta Verapaz, Baja Verapaz, El Progreso, Huehuetenango y Jutiapa)						SI	NO	¿Qué Área?						
¿Antecedentes de Enfermedad de Chagas en su familia?						SI	NO	¿Quién?						
¿Ha viajado a lugares endémicos fuera del país?		SI	NO	¿A dónde?		¿Hace cuanto?								
¿Existen chinches picadas en su vivienda o alrededor de ella?		SI	NO	¿Hace cuanto?										
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas/hemos derivados?		SI	NO	¿Hace cuanto?										
TIPO DE VIVIENDA														
Pared:	Adobe	Bajareque	Palos	Otro:	Pared Repellada:				SI	NO				
Techo:	Paja	Lámina	Otro:											
DATOS DE LABORATORIO														
Muestras Parasitológicas	SI	Fecha:	No.	Resultado:	Fecha:									
Muestras Serológicas:	SI	Fecha:	No.	Resultado:	Fecha:									
ELISA:	SI	Fecha:	No.	Resultado:	Fecha:									
Prueba Rápida: (Inmunocromatografía)	SI	Fecha:	No.	Resultado:	Fecha:									
Aglutinación:	SI	Fecha:	No.	Resultado:	Fecha:									
CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO														
Clasificación del Caso:	Sospechoso	SI	NO	Agudo	Crónico	Autóctono								
	Confirmado	Clinico	Descartado	Importado	¿Importado de donde?									
Tipo de Vigilancia:	Pasiva	Activa	DIAGNOSTICO FINAL:											
Nombre, cargo y firma del responsable del llenado de ficha:						Vo.Bo. del Director de Distrito:								
Revisado por el epidemiólogo de la DAS:						Observaciones:								



Flujo de registro e información de vigilancia epidemiológica de Chagas



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA										FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E INVESTIGACIÓN DE CASO DE LEISHMANIASIS			
Fecha de llenado		fecha de notificación		paciente sospechoso de leishmaniasis cutánea <input type="checkbox"/>									
				mucocutánea <input type="checkbox"/>		visceral <input type="checkbox"/>							
Búsqueda activa de casos <input type="checkbox"/>		Búsqueda pasiva <input type="checkbox"/>		Dirección de área de Salud									
				Municipio									
				Caso No.				Año					
DATOS GENERALES													
Unidad Notificadora													
						Fecha de Notificación							
Área de salud				Distrito				Servicio					
Nombre del servicio privado				IGSS				Sanidad Militar					
Responsable del llenado				Cargo				Teléfono					
DATOS PACIENTE													
Primer nombre			segundo nombre			Primer apellido							
Segundo apellido			Número de CUI			No de teléfono							
Sexo Femenino <input type="checkbox"/>		embarazada <input type="checkbox"/>		Semana de embarazo				Sexo masculino <input type="checkbox"/>					
Pueblo				Comunidad lingüística				Ocupación					
Escolaridad				Residencia									
Departamento				Municipio				Poblado					
Coordenadas geográficas		Longitud		Latitud									
Dirección													
Edad		Años		Fecha de Nacimiento		Día		Mes		Año			
Nombre, apellidos y no. De teléfono de la madre, padre o encargado si es menor de edad													
OCUPACIÓN													
Agricultor <input type="checkbox"/>		Ama de casa <input type="checkbox"/>		Comerciante <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/>		Profesional <input type="checkbox"/>		otro especifique			
Horario de trabajo													
SIGNOS Y SINTOMAS CLÍNICOS													
Fecha de inicio de síntomas		Día		Mes		Año		Semana epidemiológica					
Hospitalización		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		Nombre del Hospital							
Fecha de Hospitalización		Día		Mes		Año		No. De Registro Médico					
Condición de egreso		mejorado <input type="checkbox"/>		grave <input type="checkbox"/>		muerto <input type="checkbox"/>		Fecha de egreso		Día			
										Mes			
										Año			
Observaciones:													
SOSPECHOSO DE L. CUTÁNEA Y MUCOCUTÁNEA (dibujar en el diagrama la localización de úlcera)				SOSPECHOSO DE L. VISCERAL									
		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		N/S <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/>			
										NO <input type="checkbox"/>			
										N/S <input type="checkbox"/>			
Tiene cicatrices anteriores				Fiebre				Esplenomegalia					
Fecha de inicio de la úlcera				Anemia				Palidez mucocutánea					
Tiempo de padecer la úlcera				Linfadenopatía				Pérdida de peso progresiva					
Tamaño promedio en centímetros de la úlcera				hepatomegalia									
Otro, especifique													
DATOS DE LABORATORIO LEISHMANIASIS													
Fecha de toma muestra				Frotis directo <input type="checkbox"/>		PCR <input type="checkbox"/>		Biopsia <input type="checkbox"/>		Cultivo <input type="checkbox"/>			
										Frotis de medula ósea <input type="checkbox"/>			
										Otro <input type="checkbox"/>			
Fecha de diagnóstico		Fecha entrega de resultados		Resultado		Positivo <input type="checkbox"/>		Negativo <input type="checkbox"/>		Cutánea <input type="checkbox"/>			
										Mucocutánea <input type="checkbox"/>			
										Cutánea atípica <input type="checkbox"/>			
										Visceral <input type="checkbox"/>			
Observaciones													
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS													
¿Tratamientos antes de la toma de la muestra?		Si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		químico <input type="checkbox"/>		natural <input type="checkbox"/>		¿Cuál?			
ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS													
¿Ha viajado o permanecido en Petén, Huehuetenago, Quiché, alta Verapaz, Baja Verapaz, Izabal, El Progreso, Chiquimula o otros?		Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		hace cuanto tiempo?		Ha dónde?					
Ha viajado a otro país en lugares endémicos?		Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		hace cuanto tiempo?		Ha dónde?					
INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CASO						(Epi-2) Epi-sección 2							
Datos de la investigación													
Fecha de Visita Domiciliar		Día		Mes		Año							
Nombre de investigador				Cargo				Firma					



¿Origen de la infección?: Lugar (Localidad, Municipio, Departamento, País) (tome en cuenta historia de viajes)		Fecha probable de infección	
Análisis y observaciones del caso:			
Clasificación final de caso Local <input type="checkbox"/> Autóctono <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>			
Resultados de muestras a colaterales (contactos)			
Existen otros casos probables en la comunidad relacionados con éste caso si no especifique número			
Búsqueda activa de casos: Si__ No__ No. de casos encontrados en la búsqueda activa:			
Nombre	Edad	sexo	Fecha de diagnóstico
			Resultado

Dibuje la localización de las lesiones en el diagrama de abajo

	Localización de la(s) Lesión(es)	Cantidad
	A) Cara	<input type="text"/>
	B) Orejas	<input type="text"/>
	C) Cuello	<input type="text"/>
	D) Tórax anterior	<input type="text"/>
	E) Tórax posterior	<input type="text"/>
	F) Brazos	<input type="text"/>
	G) Antebrazos	<input type="text"/>
	H) Manos	<input type="text"/>
	I) Muslos	<input type="text"/>
	J) Piernas	<input type="text"/>
	K) Pies	<input type="text"/>
	L) Abdomen	<input type="text"/>
	M) Genitales	<input type="text"/>
OTROS _____	<input type="text"/>	

Si tiene lesiones sospechosas en la nariz o boca, señálelas en el diagrama de abajo



Tratamiento administrado y/o procedimientos realizados:

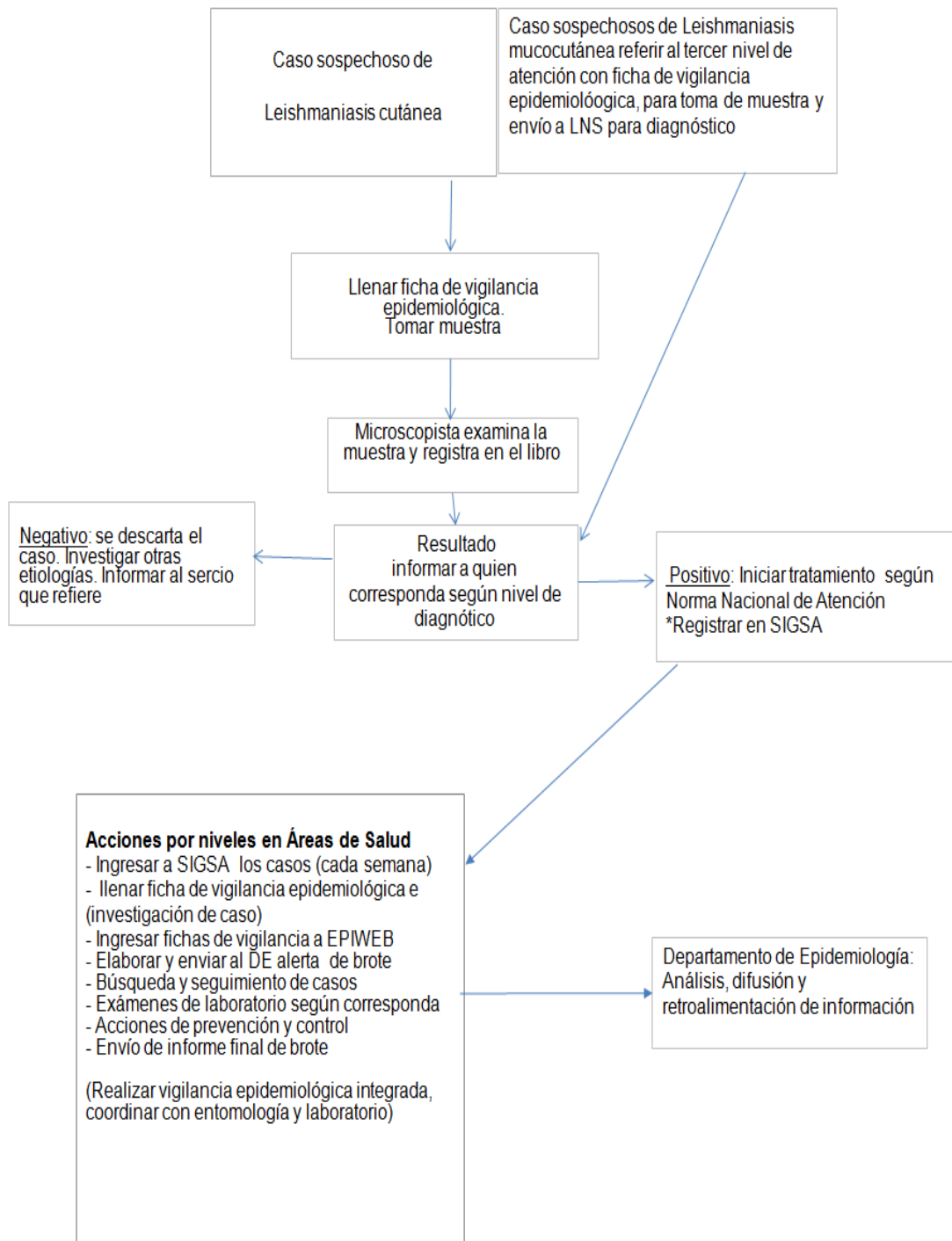
Nombre y firma quien llenó la ficha:

Vo.bo. del Director del distrito:

Revisado por epidemiología de la DAS:

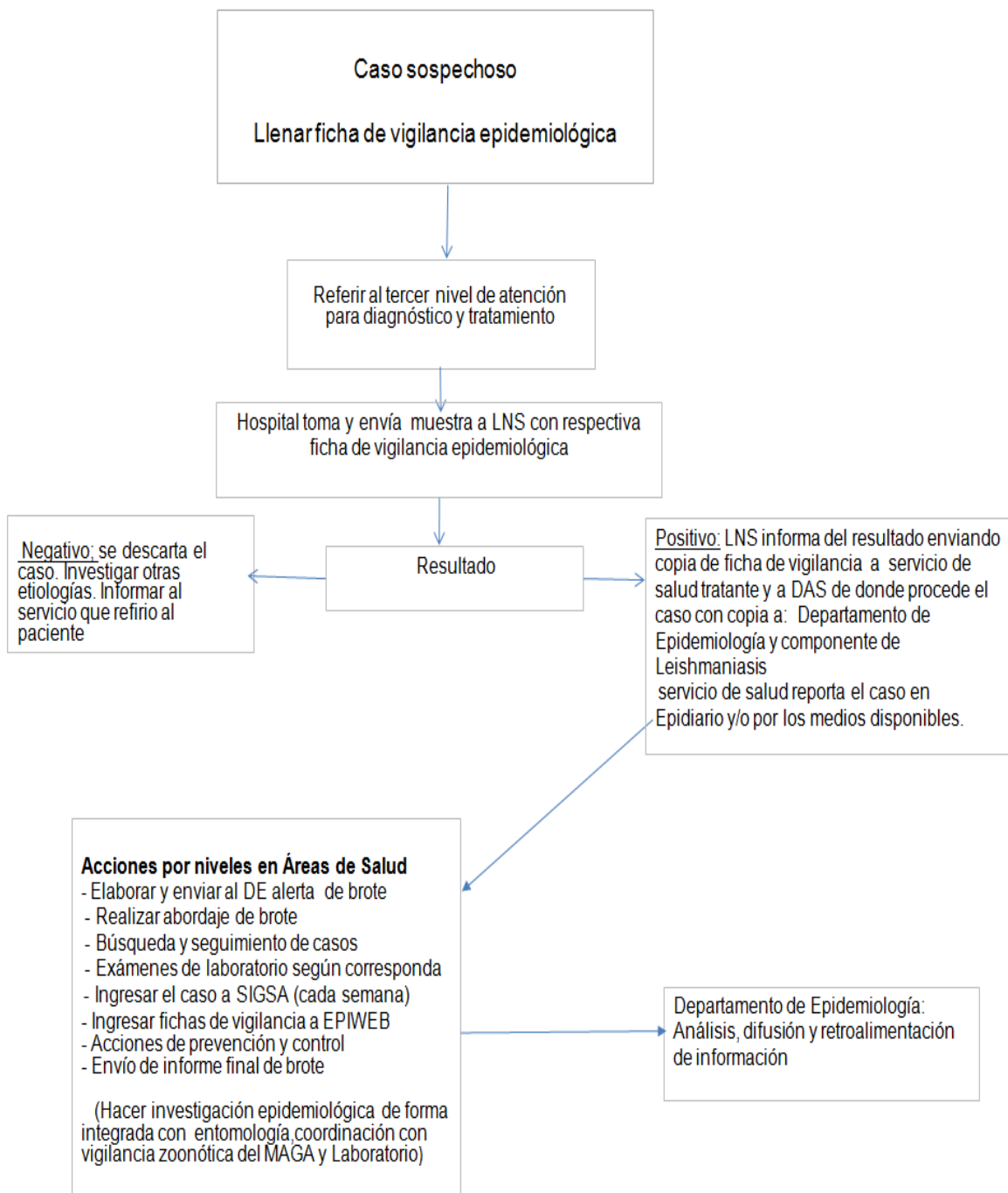


Flujograma registro e información de Vigilancia Epidemiológica de Leishmaniasis cutánea y mucocutánea



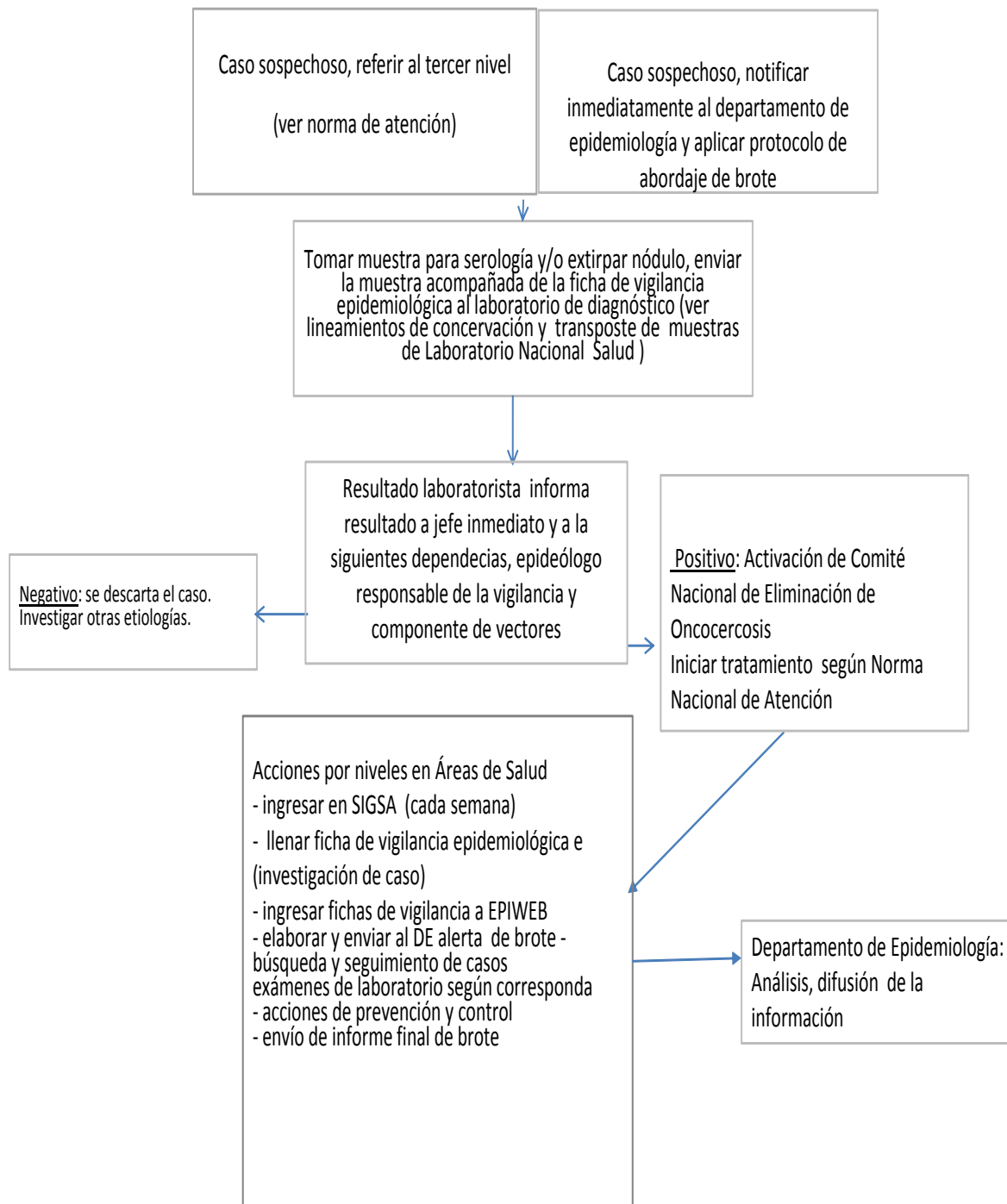


Flujograma registro e información de Vigilancia Epidemiológica de Leishmaniasis visceral





Flujograma registro e información de Vigilancia Epidemiológica de Oncocercosis post verificación de eliminación en Guatemala



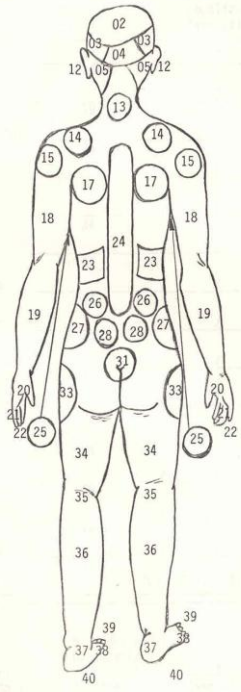
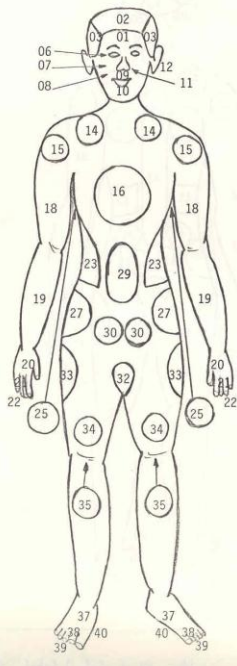


FICHA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ONCOCERCOSIS POST-VERIFICACIÓN
DE LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD

DATOS GENERALES					
UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación			No. Ficha:	
	Die	Mes	Año		
	Servicio:			Distrito:	
Área de Salud:			Otro (especifique)		
DATOS PACIENTE					
NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre			2do. Nombre		
1er. Apellido		2do. Apellido		No. de CUI:	
EDAD		LUGAR DE RESIDENCIA Dirección:		Teléfono:	
Años		Meses			
Jefe de Casa o Persona Responsable:			Teléfono de Responsable:		
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS					
Lugar de Residencia Actual:			Tiempo de Residir; días meses años		
Lugar de Trabajo:			Tiempo de Laborar: días meses años		
Lugar o Lugares donde ha residido en los últimos 5 años:			Tiempo de Permanencia: días meses años		
			Tiempo de Permanencia: días meses años		
Historia de Viaje	¿Ha viajado a Lugares endémicos?	SI	NO	¿A dónde?	Tiempo de Permanencia: días meses años
ANTECEDENTES DE NODULOS					
Nódulos Previos al (los) actual (es)	No.	Año	Localización anatómica según Atlas		
Desnodulizaciones Previas	No.	Fecha (mes/año)	Quien realizó procedimiento (Brigada de Oncocercosis, personal del C/S, Hospital, Medico particular, etc.)	Diagnóstico (era o no Oncocercoma, no fue informado)	
ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO CON MECTIZAN (CONSULTAR SIGSA 19)					
Año	1º. Ronda (mes)		2º. Ronda (mes)		
NÓDULO (S) ACTUALES (ES)					
No.	Localización anatómica (según atlas)	Características (Tamaño, consistencia, movilidad, etc.)	Fecha de apareamiento (según paciente, mes y año)	Fecha de detección (según examinador, mes y año)	
RESPONSABLE DEL LLENADO DE FICHA—Nombre y Firma:			Cargo:		
Caso Referido a:			Revisado por:		
Vo.Bo Coordinador de Distrito:			Epidemiólogo DAS:		



DORSAL (2)			FRONTAL (1)
IZQUIERDO (2)	DERECHO (1)		DERECHO (1) IZQUIERDO (2)

	<p><u>CABEZA:</u></p> <p>02 parietal 03 temporal 04 occipital 05 auricular 12 pabellón de la oreja</p> <p><u>CUERPO:</u></p> <p>13 cervical 14 clavicular 15 acromial 17 escapular 18 brazo 19 antebrazo 20 mano 21 dedos de la mano 22 uñas de la mano 23 costal 24 dorsal 25 axilar 26 lumbar 27 ilíaca 28 sacro 31 coccix 33 trocánter 34 pierna 35 rodilla 36 pantorrilla 37 pié 38 dedos del pié 39 uñas de los piés 40 planta del pié</p>		<p><u>CABEZA:</u></p> <p>01 frontal 02 parietal 03 temporal 06 ocular 07 cigomático 08 pómullo 09 maxilar superior 10 maxilar inferior 11 nariz 12 pabellón de la oreja</p> <p><u>CUERPO:</u></p> <p>14 clavicular 15 acromial 16 pectoral 18 brazo 19 antebrazo 20 mano 21 dedos de la mano 22 uñas de la mano 23 costal 25 axilar 27 ilíaca 29 abdominal 30 inguinal 32 pubis 33 trocánter 34 pierna 35 rodilla 37 pié 38 dedos del pié 39 uñas de los piés 40 planta del pié</p>
--	---	---	---