

Fecha de hoy: Día \_\_\_/Mes \_\_\_/Año \_\_\_  
 Indique la infección sospechada (Marque todas las que apliquen):  Dengue  
 Zika  Chikungunya  Otra

**FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE ARBOVIRUS**  
 Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico  
 Edificio A – Segundo Piso, Área de Centro Médico  
 Tel. (787)765-2929 ext. 3728, Fax (787) 274-5710



GOBIERNO DE PUERTO RICO  
 Departamento de Salud

**Favor de leer y completar TODAS las secciones. Vea instrucciones en el lado dorsal.**

**1. Datos del paciente**

Lo hospitalizaron por esta enfermedad:  No  Sí → Nombre del hospital:

Número de expediente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno Apellido materno Nombre Segundo nombre/inicial

Falleció:  Sí  No  No sabe

Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado: \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno Apellido materno Nombre Segundo nombre/inicial

Cambios de estatus mental  Sí  No  No sabe

**2. Dirección residencial (física) completa del paciente**

**5. Información de contacto del médico**

Urbanización/Sector/Edificio: \_\_\_\_\_  
 Número: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Otro Tel: \_\_\_\_\_  
 Vive cerca de: \_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Médico que ordenó prueba - Nombre: \_\_\_\_\_  
 National Provider Identifier (NPI): \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: Número: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Hospital/Clinica/Laboratorio: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**3. Información demográfica del paciente:**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ mes Sexo:  M  F  
 o edad: \_\_\_\_\_ años Embarazada:  Sí  No  NS  
 Semanas de gestación: \_\_\_\_\_  
 Fecha Estimada de Parto Día \_\_\_/Mes \_\_\_/Año

Médico primario - Nombre: \_\_\_\_\_  
 National Provider Identifier (NPI): \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: Número: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Hospital/Clinica/Laboratorio: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**4. Estatus de síntomas e inicio/Fecha de la muestra**

¿Paciente sintomático?  Sí  No  
 Si está sintomático, fecha de primer(os) síntoma(s) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha toma de muestra \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Muestra de suero \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Otra muestra (especifique tipo \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Otra muestra(especifique tipo: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Otra muestra(especifique tipo: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Prueba de Torniquete  Pos  Neg  No se hizo

**6. ¿Quién llenó este formulario?**  
 Nombre \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
**7. Datos adicionales del paciente**  
 País de nacimiento \_\_\_\_\_  
 ¿Durante los 14 días antes de enfermarse, viajó a otro país, o municipio?  
 Sí, otro país  Sí, otro municipio  No  No sabe  
 ¿A donde viajó? \_\_\_\_\_

**8. Descripción de signos y síntomas que tiene el paciente al momento de completar este formulario**

	Sí	No	No Sabe	Síntomas	Sí	No	No sabe	Señales de alerta	Sí	No	No Sabe
Fiebre durante 2-7 días.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulso acelerado y débil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos persistentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre ahora (>38°C).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palidez o piel fría.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal/sensibilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaquetas ≤100,000/mm <sup>3</sup> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escalofríos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado de las mucosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conteo de plaquetas: _____				Sarpullido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Letargia/intranquilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alguna manifestación hemorrágica</b>				Dolor de cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agrandamiento del hígado >2cm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petequias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en los ojos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Efusión pleural o abdominal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equimosis o cardenales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el cuerpo(músculo/hueso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Síntomas adicionales</b>			
Vómitos con sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de coyunturas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en la excreta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia nasal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encefalitis/meningitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conjuntivitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia en las encías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Infante (solamente)</b>				Congestión nasal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en la orina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Microcefalia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia vaginal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calcificaciones intracraneales...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urianálisis positivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro defecto congénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsión o coma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(sobre 5 RBC/hpf o positivo para sangre)				Especifique				Náuseas y vómitos (ocasional).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Madre con resultado de Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arititis (coyunturas hinchadas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				positivo o indeterminado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**9. SOLAMENTE PARA USO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE PUERTO RICO**

Número de Caso	Especimen #	Días después 1er síntoma	Tipo	Fecha recibido	Especimen #	Días después 1er síntoma	Tipo	Fecha recibido
<input type="text"/>	S1	____/____/____			S3	____/____/____		
SAN ID <input type="text"/>	GCODE <input type="text"/>				S4	____/____/____		
<input type="text"/>	S2	____/____/____						