

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 ☐

Cambios de estatus mental

Sí ☐ No ☐ No sabe ☐

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

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

## 5. Información de contacto del médico

Urbanización/Sector/Edificio:

Médico que ordenó prueba - Nombre:

National Provider Identifier (NPI):

Tel: Fax: Email:

Dirección postal: Número: Calle:

Municipio: Código postal: - - - - -

Hospital/Clinica/Laboratorio: Especialidad:

Médico primario - Nombre:

National Provider Identifier (NPI):

Tel: Fax: Email:

Dirección postal: Número: Calle:

Municipio: Código postal: - - - - -

Hospital/Clinica/Laboratorio: Especialidad:

## 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?

## 4. Estatus de síntomas e inicio/fecha de la muestra

¿Paciente sintomático? ☐ Sí ☐ No Día Mes Año

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: ) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 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"/>
Alguna manifestación hemorrágica				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"/>	Síntomas adicionales			
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"/>	Infante (solamente)				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"/>
Prueba de Torniquete <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> No se hizo				Madre con resultado de Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis (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	GCODE				S4			____/____/____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	S2		____/____/____				