ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SAN JUAN, PUERTO RICO

ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 358

PARA ENMENDAR LA ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 302 DEL 3 DE JUNIO DE 2013 SOBRE EL LISTADO DE ENFERMEDADES Y CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CONFORMIDAD LA LEY NUMERO 81 DEL 14 DE MARZO DE 1912, SEGUN ENMENDADA, LEYES VIGENTES Y LA AUTORIDAD QUE CONFIEREN LAS MISMAS A LA SECRETARIA DE SALUD

POR CUANTO: El Departamento de Salud fue creado según lo dispuesto en la Ley Número 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, y elevado a rango constitucional el 25 de julio de 1952, en virtud de lo dispuesto en el artículo IV, sección 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

POR CUANTO: Reconociendo su deber constitucional de velar por la salud del pueblo y en el cumplimiento de la política pública del Estado Libre Asociado Puerto Rico, el Departamento de Salud tiene la responsabilidad de fijar los objetivos de salud del pueblo de Puerto Rico y desarrollar estrategias para proteger la Salud del Pueblo.

POR CUANTO: El Secretario de Salud ejercerá todas aquellas funciones que le asigna la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada, y todas las leyes vigentes relacionadas con la salud que exigen un sistema de servicios de salud efectivo.

acr.

POR CUANTO: De conformidad con las facultades que le confiere la Ley Número 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada el Secretario de Salud tiene la autoridad en Ley para emitir órdenes para prevenir un daño irreparable a la salud y al bienestar público.

POR CUANTO: La Ley Número 81, *supra*, en su artículo 10, establece que el Secretario de Salud mantendrá y tendrá a su cargo aquellos servicios de estadísticas vitales y aquellas que fueren necesarias para el desempeño de sus funciones, y todos aquellos otros servicios necesarios, para la protección, cuidado, mejoramiento y conservación de la salud pública que por ley se le asignen.

POR CUANTO: La Ley Número 81, *supra*, en su artículo 4 y 28 dispone sobre las facultades del Secretario de Salud en casos de enfermedades contagiosas y el informe a funcionarios de salud sobre las enfermedades contagiosas.

POR CUANTO: A la luz de estos estatutos, el Secretario establece y promulga la siguiente directriz cónsona con la nueva misión y visión del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de propiciar y conservar la salud como un estado o condición de bienestar físico, mental, emocional y social, que permita al ser humano el pleno disfrute de la vida y contribuir al esfuerzo productivo y creador de la

sociedad siempre velando por la calidad, acceso y equidad en la prestación de servicios de salud a los niveles primarios, secundarios y terciarios, tanto públicos como privados.

POR CUANTO: En aras de cumplir con la política pública sobre la prestación de servicios de excelencia a la población en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y optimizar la utilización de los recursos en la prestación de servicios de salud primaria (prevención primaria y secundaria) con el objetivo de prevenir y suprimir condiciones de salud y enfermedades infecciosas que afecten la Salud del pueblo puertorriqueño y poder implementar y evaluar la calidad de programas de control y prevención de enfermedades se hace imprescindible la emisión de la siguiente Orden Administrativa notificando a todos los profesionales de la salud la lista de condiciones de salud y enfermedades que tendrán que ser notificadas al Departamento de Salud a partir de la firma de presente orden. Esta lista de vigilancia epidemiológica será revisada todos los años por la Oficina de Epidemiología e Investigación y de necesitar ser actualizada una nueva lista será publicada.

POR TANTO: **YO, ANA RIUS ARMENDÁRIZ, MD, SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO, PROMULGO EN ESTA FECHA LA PRESENTE ORDEN ADMINISTRATIVA PARA EMITIR LA LISTA DE ENFERMEDADES Y CONDICIONES DE SALUD DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CONFORMIDAD CON LA AUTORIDAD QUE ME CONFIERE LA LEY, ORDENO:**

ack

Primero: A partir de la firma de la presente ORDEN todo médico o director de laboratorio debidamente certificado para ejercer sus funciones en Puerto Rico, tendrá la responsabilidad de notificar y hacer llegar al Departamento de Salud las enfermedades o resultados de laboratorio según se detallan en los Anejo I, II y III de esta Orden Administrativa. El no cumplimiento con esta Orden Administrativa conllevará una amonestación y de incumplimiento recurrente conllevará la pérdida de su licencia para ejercer la medicina en Puerto Rico.

Segundo: Todo profesional de la salud licenciado por la Junta de Reglamentación tendrá que informar dentro del período establecido de la confirmación, demostración y/o diagnóstico tentativo que alguna persona bajo su cuidado padece de alguna de las enfermedades y/o condiciones de salud contempladas en la presente Orden Administrativa.

- Enfermedades o condiciones clasificadas como Categoría I deberá completar el informe individual (Anejo IV) especificando la enfermedad o condición de salud y enviarlo a la División de Epidemiología o al programa correspondiente según estipulado en esta orden, por la vía más rápida en un período no mayor de cinco (5) días laborables. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.

- Enfermedades o condiciones clasificadas como Categoría II deberá someter semanalmente un informe (Anejo V) a la Oficina Regional de la División de Epidemiología. Este informe debe especificar la edad del paciente, lugar de residencia y lugar donde se efectúa la evaluación o diagnóstico inicial y final.
- Enfermedades o condiciones clasificadas como Categoría III deberá notificar **INMEDIATAMENTE** por teléfono o por la vía más rápida a la División de Epidemiología del Departamento de Salud o al programa correspondiente según estipulado en esta orden, para su investigación y tendrá que cumplimentar y enviar el informe de Categoría I dentro de un periodo menor de 24 horas. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.
- Enfermedades o condiciones clasificadas como Informe Mensual deberá someter mensualmente un informe (Anejo VI) a la Oficina Central de Epidemiología por la vía más rápida dentro de los primeros cinco (5) días del próximo mes.
- Las otras condiciones de notificación obligatoria señaladas en el Anejo III deberán cumplimentar el informe requerido según suministrado por los programas correspondientes.

ack.

Tercero: La ocurrencia o sospecha de alguna de las condiciones o eventos de notificación obligatoria deberá ser reportada por cualquier profesional licenciado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para practicar alguna profesión relacionada con la salud, incluyendo médicos, enfermeros y personal de laboratorio, entre otros.

El principal oficial administrativo de cada hospital, laboratorio clínico o centro de salud deberá designar una persona encargada de reportar en su facilidad, de aquí en adelante denominada "Oficial de Notificación." El Oficial de Notificación es responsable de que se reporten al Departamento de Salud aquellas personas que reciben un diagnóstico, son tratadas o admitidas o que residen en dicha facilidad y que se sospecha o se confirma que tienen una condición de notificación obligatoria. Se deberá notificar a la División de Epidemiología la persona designada como “Oficial de Notificación” en cada institución.

Cuando un hospital o centro de salud reporta una condición de notificación obligatoria se cumple con la responsabilidad de reportar de los profesionales de la salud. Sin embargo, el profesional debe asegurarse que la notificación se hace según lo estipulado en esta Orden Administrativa.

Cuarto: En el caso de los laboratorios clínicos (ambulatorios y de hospitales), deberán utilizar la lista de Resultados de Laboratorio de Condiciones de Notificación Obligatoria provistos por el Departamento de Salud (ANEJO II) para reportar un resultado que surgiera o diagnostique

una enfermedad o condición de notificación obligatoria. Este resultado puede provenir de un espécimen de origen humano, animal o ambiental.

En caso de que más de un laboratorio clínico esté involucrado en procesar o hacer las pruebas, el laboratorio que origina la muestra tendrá la responsabilidad final de notificar al Departamento de Salud aquellos resultados y/o condiciones de notificación obligatoria de Categoría I. Con el fin de intervenir de manera rápida en el tratamiento de una enfermedad/condición y la evaluación epidemiológica, para las enfermedades de Categoría III o sea de notificación inmediata, el laboratorio que más tempranamente identifique el organismo o agente causante del proceso, sea por cultivo u otras técnicas diagnósticas, tendrá la responsabilidad de notificar al Departamento de Salud.

El aislado puro o muestra para examen directo de los organismos identificados con un asterisco (*) en el Anejo II deberán ser enviados dentro de los próximos cinco (5) días de haber sido identificados, al Laboratorio de Salud Pública para realizar pruebas adicionales de su tipificación con propósitos epidemiológicos. Este reporte es en adición a la Hoja de categoría I que deberá ser enviado a la Oficina de Epidemiología.

ack.

Los aislados de organismos identificados en el Anejo II deberán ser enviados al Laboratorio de Salud Pública. Se procederá de la siguiente manera:

1. Se enviará un cultivo puro y fresco, en medio y temperatura adecuada al organismo a enviar. Asegurarse de que haya crecimiento.

2. La muestra se acompañará con la hoja de referido "Aislado de Organismo de Notificación Obligatoria al Departamento de Salud" debidamente cumplimentada. (Anejo VII).

<u>Meningitis:</u>
En el caso de los aislados para meningitis se debe enviar el organismo en agar chocolate en un tubo con rosca.

<u>Tuberculosis:</u>
En el caso de muestras obtenidas (esputos o biopsias) de pacientes con sospecha de tuberculosis y para la realización del cultivo de la misma, se procederá de la siguiente forma:

1. Es mandatorio que todo laboratorio clínico, ambulatorio o de hospital, envíe una muestra adicional o bien una parte alícuota de la muestra obtenida al Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud, aun cuando la muestra haya sido procesada. El envío de muestras al Laboratorio de Salud Pública debe ser inmediato.
2. El laboratorio clínico de donde se origina la muestra podrá realizar sus propios cultivos si disponen de las instalaciones adecuadas o

podrán enviar otra muestra a su laboratorio de referencia habitual. Este laboratorio deberá asegurarse que el laboratorio de referencia envíe la muestra.

Influenza:

1. A fin de Obtener el porciento de seropositividad para muestras de influenza realizadas, es mandatorio que todo laboratorio clínico, ambulatorio o de hospital, utilice el documento "Informe de resultados de prueba rápida para influenza" (Anejo XII) para reportar el total de muestras semanales analizadas, incluyendo las positivas y negativas para influenza A, B o A & B, obtenidas en el periodo que comprende la semana epidemiológica.
2. Los hospitales nombrados por el Secretario de Salud serán los proveedores participantes de ILINet (US Outpatient Influenza-like Illness Surveillance Network) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Los proveedores de ILINet deben cumplir con los siguientes requisitos:
    a. Reportar semanalmente los casos de enfermedad parecida a la influenza (ILI, por sus siglas en inglés). Para propósitos de reporte, un paciente con enfermedad parecida a la influenza se define como aquel que presenta:
        i. Fiebre ≥ 100^0F (≥ 37.8^0C), y
        ii. Tos y/o dolor de garganta (en ausencia de otra causa conocida)
    b. Reportar el número total de visitas al hospital por cualquier causa.
3. Los laboratorios clínicos, y/o de referencia nombrados por el Secretario de Salud deberán enviar semanalmente al Laboratorio de Salud Pública de PR un número específico de hisopos de pacientes con enfermedad parecida a la influenza acompañada del formulario Hoja de Referido de Muestras Para Vigilancia de Influenza (Anejo XIII). Para el "Protocolo de envío de muestras de pacientes con Enfermedad Parecida a la Influenza" ver Anejo X.

4. En el caso de las instituciones hospitalarias, deberán reportar a la División de Epidemiología aquellas hospitalizaciones y muertes asociadas a influenza utilizando el "Reporte confidencial de hospitalizaciones y/o muertes por influenza" (Anejo VIII) si el caso cumple con los siguientes criterios:
    a. Resultado positivo a influenza mediante uno de los siguientes métodos:
        i. Cultivo viral
        ii. Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa (RT-PCR)
        iii. Prueba serológica

ack.

iv. Prueba de diagnóstico rápido de influenza (detección de antígenos)

v. Tinción de anticuerpos por inmunofluorescencia directa (DFA) o indirecta (IFA) [detección de antígenos].

b. Si el paciente es admitido al hospital 3 días antes de arrojar una prueba positiva a influenza, o el paciente es admitido al hospital dentro de los primeros 14 días luego de haber sido diagnosticado con resultado positivo a influenza.

c. Una hospitalización es definida como una admisión y alta de un día o más. Visitas a la sala de emergencia o a una clínica no se considerarán como hospitalizaciones.

d. Una *muerte asociada a influenza* se define como la muerte de un paciente que haya tenido resultados positivos a influenza por medio de al menos una de las pruebas mencionadas anteriormente (sección 4a) y que no haya tenido un periodo de mejoría completa entre la enfermedad y la muerte.

VIH:

En el caso de muestras obtenidas de pacientes con sospecha de infección por VIH, siguiendo las recomendaciones de los "Centers for Disease Control and Prevention" (conocido por sus siglas en inglés "CDC") se procederá de la siguiente forma:

ack.

1. Se requiere que los proveedores de salud incluyendo; médicos, laboratorios clínicos, de referencia y de hospitales reportarán Programa de Vigilancia VIH/SIDA del Departamento de Salud los resultados de toda prueba de laboratorio conducente al **diagnóstico y tratamiento** de VIH aprobada por el FDA que establezca la presencia del VIH (incluyendo serológicas, virológicas, ácido nucleico (RNA/DNA), o moleculares (genotipo)) Por ejemplo: EIA, WB, pruebas rápidas, de diferenciación, todos los resultados de RNA/DNA NAAT (carga viral), y todos los resultados de conteo de linfocitos CD4 al.

2. El reporte electrónico de resultados de pruebas de laboratorio conducentes al diagnóstico del VIH, será realizado de acuerdo al protocolo establecido por el Programa de Vigilancia VIH/SIDA.

Síndrome de Guillain-Barré (GBS):

1. La Oficina de Epidemiología e Investigación estableció un sistema de vigilancia del síndrome de Guillain-Barré (GBS por sus siglas en inglés) para identificar y reportar casos sospechosos de esta condición neurológica. El sistema va ayudar a los funcionarios de salud pública a monitorear e investigar los patrones de la enfermedad, en particular aquellas como consecuencia de una infección reciente por condición arboviral. Esto les permitirá

implementar intervenciones, entre las que se incluyen actividades orientadas a la prevención, alcance comunitario y asignación de recursos. Cualquier caso sospechoso de GBS deberá ser notificado a la Oficina de Epidemiolgía e Investigación y/o a GBS@salud.pr.gov dentro de los primeros cinco (5) días, luego de haber sido identificado; dicho reporte será utilizando el formulario de información de investigación de Caso de Síndrome de Guillain-Barré (GBS). En el caso de una defunción por esta condición (GBS), el mismo deberá notificarse dentro de las primeras 24 horas, utilizando el formulario descrito.

Quinto: La información requerida mediante esta Orden Administrativa será detallada en los formularios que habrán de ser provistos por el Departamento de Salud. Los formularios estarán disponibles en las Oficinas Regionales o Centrales de los programas a donde reportar y en la página electrónica del Departamento de Salud (www.salud.gov.pr).

Sexto: Los informes que habrán de ser presentados al Departamento de Salud serán estrictamente confidenciales y estarán en cumplimiento con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, P. L. 104-191 aprobada el 21 de agosto de 1996 (en adelante mencionada por sus siglas en inglés HIPAA).

Séptimo: Todo proveedor de la salud habrá de suministrar la información protegida de conformidad con las disposiciones de la HIPAA, y requerida mediante esta Orden Administrativa al Departamento de Salud de acuerdo a las disposiciones contenidas en 45 CFR §164.501 et seq. Dichas disposiciones autorizan la divulgación de dicha información a las agencias de salud pública cuando su propósito es un fin público tales como evaluar, monitorear, llevar a cabo investigaciones, mantener registros de data, o para cualquier otro uso regulador y/o fiscalizador.

Octavo: El sistema de vigilancia epidemiológica a ser implementado cumple con los atributos y requerimientos establecidos por el CDC en el "Updated Guidelines for Evaluating Health Surveillance Systems" MMWR 2001; 50(RR13); 1-35.

Esta Orden Administrativa será efectiva inmediatamente y se mantendrá en vigor mientras no sea revocada por una Orden posterior. Todos los memorandos y Órdenes Administrativas previamente emitidos por cualquier Secretario de Salud en la medida que sus disposiciones sean incompatibles con las disposiciones de esta Orden, quedarán derogadas y sin efecto legal alguno.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente Orden Administrativa y hago estampar en ella el sello del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, hoy **5** de **octubre** de **2016**, en San Juan, Puerto Rico.

Ana Ríus Armendáriz, MD
SECRETARIA DE SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

El Departamento de Salud ejerciendo su deber ministerial de velar por la salud del pueblo y en cumplimiento de la política pública de Puerto Rico de conformidad con la Ley Núm. 81 del 14 de Marzo de 1912, establece los requerimientos para el reporte de enfermedades de notificación obligatoria mediante la Orden Administrativa Núm. 358. El listado de enfermedades infecciosas y condiciones de notificación obligatoria es revisado periódicamente. La Orden Administrativa Núm. 303 del 3 de junio de 2013, fue revisada, para presentar la Orden Administrativa Núm. 358, que aquí se expone, y corresponde al compendio de enfermedades infecciosas y otras condiciones de notificación obligatoria; así como también a la metodología de reporte y envío de muestras. La revisión de este documento durante el año 2016 contempla inclusiones de enfermedades **arbovirales** (Ej. Zika y Chikungunya); trastorno autoinmunitario como **Guillain-Barré**; otras enfermedades como: **Estomatitis**, **Síndrome Hemolítico Urémico (HUS)**, **Mielitis Flácida Aguda (AFM)**, **Sífilis congénita;** y patógenos como ***Acinetobacter baumanii;*** **enterovirus** y otras condiciones como notificación de **niveles altos de plomo en sangre.** También se actualizaron hojas y metodologías de reporte, así como directrices a seguir para el envío de muestras/aislados de algunas de enfermedades reportables.

ack.

El estricto y fiel cumplimiento con esta Orden Administrativa por parte de los proveedores de salud, laboratorios y otras fuentes de información oficiales y secundaria, nos permitirá describir la situación de salud en Puerto Rico, mediante el análisis de las enfermedades reportadas e implementación de políticas en la salud basadas en evidencia.

CONTENIDO

ORDEN ADMINISTRATIVA NUM. 358

Anejo I: Enfermedades y/o condiciones de salud notificables al Departamento de Salud.

Anejo II: Resultados de laboratorio de condiciones de notificación obligatoria al Departamento de Salud.

Anejo III: Reporte obligatorio de condiciones no infecciosas al Departamento de Salud.

Anejo IV: Categoría I: Informe individual de casos.

Anejo V: Categoría II: Informe por número de casos y edad, por semana.

Anejo VI: Informe de microorganismos multi resistentes.

Anejo VII: Aislado de organismo de notificación obligatoria al Departamento de Salud.

Anejo VIII: Reporte confidencial de hospitalizaciones y/o muertes asociadas a influenza.

Anejo IX: Informe de resultados de laboratorio enfermedades reporte obligatorio.

acr **Anejo X:** Protocolo para el envío de muestras

Anejo XI: Informe semanal de resultados positivos o reactivos VIH/SIDA.

Anejo XII: Informe de resultados de prueba rápida para influenza.

Anejo XIII: Hoja de referido de muestras para vigilancia de influenza.

Anejo XIV: Tabla de Procedimientos para la colección de muestras relacionadas a la investigación de brotes ETA.

Anejo XV: Hoja de Informe de Investigación de Casos de Síndrome de Guillain-Barré (GBS)

Anejo XVI: Formulario de Investigación de Caso de Arbovirus en Anejo #16 A versión en español y/o 16 B versión en inglés.

ANEJO I

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES

Todas las siguientes condiciones son reportables por los directores de laboratorios, médicos y directores de facilidades de cuidado médico o sus designados dentro del periodo requerido.

Enfermedades, Patógenos y/o condiciones de salud	Categoría I (5 días)	Categoría II (semanal)	Categoría III (inmediato)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (mensual)	Programa a notificar
Acinetobacter Baumanii	√			√	DE
Amebiasis (*Entamoeba histolytica*)	√				DE
Antrax (Bacillus anthracis)			√		DE
Brote de cualquier enfermedad[1]			√		DE
Campilobacteriosis	√				DE
Botulismo			√		DE
Chlamydia trachomatis	√				ETS
Chikungunya[2]	√				DE
Ciclosporiasis	√				DE
Ciguatera	√				DE
Clostridium difficile				√	DE
Cólera			√		DE
Conjuntivitis		√			DE
Cualquier enfermedad o condición no usual relacionado a evento biológico[3]			√		DE
Cualquier enfermedad o condición no usual[4]			√		DE
Creutzfeldt-Jacob (CJD)			√		DE
Criptosporidiasis	√				DE
Dengue[5]	√				DE
Difteria			√		DE
E. coli O157: H7	√				DE
E. coli "Shiga- toxin producing Escherichia coli (incluye muestras positivas a Shiga-like toxin, otras E. coli O157 y E. coli non- O157")	√				DE
Encefalitis	√				DE
Enfermedad neuroinvasiva por virus del Nilo Occidental (West Nile Virus)			√		DE
Enterococcus spp resistente a Vancomicina[6],				√	DE
Enterobacteriaceae resistente a carbapenemasa[7]	√			√	DE
Enterovirus			√		DE
Estomatitis	√				DE
Fiebre Amarilla			√		DE
Fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*, serogrupo D)	√				DE
Gastroenteritis		√			DE
Giardiasis	√				ETS
Gonorrea	√				DE
Guillain – Barré Syndrome[8] (sospecha)	√				DE
Guillain-Barré Syndrome (defunción)			√		DE
Haemophilus influenzae, enfermedad invasiva			√		DE
Hemolytic Uremic Syndrome (HUS)	√				DE
Hepatitis A (aguda)	√				DE
Hepatitis B (aguda o crónica)	√				DE
Hepatitis B (perinatal)	√				DE
Hepatitis C (aguda)	√				DE
Hepatitis C (pasada o presente)	√				DE
Hepatitis virales, otras	√				DE
Herpes simplex, genital	√				ETS
Histoplasmosis	√				DE
Hospitalizaciones y/o muertes asociadas a influenza[9]	√				DE

acr

ANEJO I

[1] Se considera brote un aumento en el número sobre lo esperado, en un área y periodo de tiempo particular. Esto incluye intoxicaciones alimentarias, brotes en instituciones incluyendo cárceles, hogares de cuidado prolongado, hospitales o cualquier institución y enfermedades poco usuales. Referirse a la Tabla de Procedimientos para la colección de muestras relacionadas a la investigación de brotes ETA (Anejo XIV).

[2] Se debe reportar todo caso con diagnóstico clínico y/o confirmado por pruebas de virología o serología (PCR, ELISA-IgM) en laboratorios de referencia privados de Puerto Rico o EEUU. Adjuntar y enviar el reporte de laboratorio positivo (PCR o IgM) junto a la hoja de Reporte de Categoría 1 y utilizar para la investigación: Formulario de Investigación de Caso de Arbovirus en Anejo #16 A versión en español y/o 16 B versión en inglés.

[3] Incluye aquellas condiciones no mencionadas en la lista que sugieren la posibilidad de Bioterrorismo tales como Viruela, Peste, Brucelosis, Tularemia, Fiebre Q, Fiebres Virales Hemorrágicas (e.g. Ebola, Marlburg), Toxina de Ricina, Hanta Virus, Virus Nipah.

[4] Incluye aquellas condiciones no mencionadas en la lista que no son usuales incluyendo pero no limitado a: Babesiosis, Coccidioidomycosis, Anaplasmosis, Rickettsiosis.

[5] Se debe reportar todo caso con diagnóstico clínico y/o confirmado por pruebas de virología o serología (PCR, ELISA-IgM) en laboratorios de referencia privados de Puerto Rico o EEUU. Adjuntar y enviar el reporte de laboratorio positivo (PCR o IgM) junto a la hoja de Reporte de Categoría 1 y utilizar para la investigación: Formulario de Investigación de Caso de Arbovirus en Anejo #16 A versión en español y/o 16 B versión en inglés. Nota: No envíe reportes de Categoría 1 de los casos que tengan resultados de laboratorio del CDC Dengue Branch o del Laboratorio de Emergencias Biológicas y Químicas (Biological and Chemical Emergencies Laboratory) del Departamento de Salud, estos casos ya se incluyen como parte del Sistema de Vigilancia de Dengue del Departamento de Salud.

[6] La resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Enterococcus spp.* se define de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

[7] Se debe reportar las siguientes bacterias resistentes a carbapenemasa (CRE, por sus siglas en inglés): *E. coli, Enterobacter spp., Klebsiella spp.,* que sean no-suceptibles (resistente o intermedio) a los carbapenemasa de acuerdo los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés). Siempre y cuando no sea una infección adquirida en hospital. De ser adquirida en hospital se reportará en el informe mensual de Microorganismos Multiresistentes. Esta debe reportarse en categoría I cuando es identificada en comunidad.

[8] Referirse a anejo XV: Hoja de Informe de Investigación de Caso de Síndrome de Guillain-Barré y enviar a: GBS@salud.pr.gov , o llamar al (734) 635-0082, fax (787) 706-2496.

[9] Se debe utilizar el Cuestionario para investigación de hospitalizaciones y/o muertes por influenza, para el reporte de hospitalizaciones y/o muertes asociadas a influenza.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES

Todas las siguientes condiciones son reportables por los directores de laboratorios, médicos y directores de facilidades de cuidado médico o sus designados dentro del periodo requerido

Enfermedades, Patógenos y/o condiciones de salud	Categoría I (5 días)	Categoría II (semanal)	Categoría III (inmediato)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (mensual)	Programa a notificar
Influenza Novel [10]			√		DE
Intoxicación alimentaria[11]			√		DE
Legionelosis	√				DE
Leptospirosis	√				DE
Lepra	√				DE
Listeriosis	√				DE
Meningitis aséptica	√				DE
Meningitis bacteriana	√				DE
Meningitis otros[12]	√				DE
Mielitis Flácida Aguda (AFM)			√		DE
Mordedura de animal			√		DE/Salud Ambiental
Neisseria meningitidis (meningococo)			√		DE
Paperas	√				DE
Peste (bubónica, neumónica, septisémica)			√		DE
Poliomielitis			√		DE
Rabia, animal			√		DE/Salud Ambiental
Rabia, humana			√		DE
Salmonelosis	√				DE
Sarampión alemán			√		DE
Sarampión común			√		DE
Shiguelosis	√				DE
Sífilis	√				ETS
Sífilis Congénita			√		
Síndromes gripales[13]		√			DE
Síndrome Agudo Respiratorio (SARS)			√		DE
Staphylococcus aureus con resistencia intermedia a Vancomicina[14]				√	DE
Staphylococcus aureus con resistencia a Vancomicina[15]				√	DE
Staphylococcus aureus con resistencia a Meticilina u Oxicilina[16]				√	DE
Streptococcus pneumoniae infección invasivo,	√				DE
Streptococcus pneumoniae resistente a penicilina[17]				√	DE
Tétano			√		DE
Tos ferina (Pertussis)			√		DE
Triquinosis	√				DE
Tuberculosis (enfermedad solamente, no incluye infección latente)			√		Programa Tuberculosis
Tuberculosis latente (adultos y niños)[18]	√				Programa Tuberculosis
Varicela	√				DE
Varicela en trabajadores de la salud	√				DE

ACR

ANEJO I

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES

[10] Infección por un subtipo de virus de influenza A diferente a los subtipos identificados actualmente entre los humanos (H1 y H3).

[11] Dos o más personas que han compartido una comida y desarrollan enfermedad aguda que pueda presentar con nausea, vómitos, diarrea, síntomas neurológicos y otras manifestaciones. Referirse a la Tabla de Procedimientos para la colección de muestras relacionadas a la investigación de brotes ETA (Anejo XIV).

[12] Incluye meningitis causada por hongos, parásitos o cualquier otro organismo identificado.

[13] Incluye casos con síntomas de fiebre (≥37.8°C o su equivalente) y tos y/o dolor de garganta (en ausencia de causa conocida que no sea influenza).

[14] La disminución en la sensibilidad al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

[15] La Resistencia al antibiotico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

[16] La Resistencia a los antibióticos Meticilina/Oxacilina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

[17] La resistencia al antibiótico Penicilina para la bacteria *Streptococcus pneumoniae* se define de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

[18] Incluye toda persona reactor positivo a la prueba de la tuberculina.

Todas las siguientes condiciones son reportables por los directores de laboratorios, médicos y directores de facilidades de cuidado médico o sus designados dentro del periodo requerido

Enfermedades, Patógenos y/o condiciones de salud	Categoría I (5 días)	Categoría II (semanal)	Categoría III (inmediato)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (mensual)	Programa a notificar
VIH, adultos	√				Vigilancia VIH/SIDA
VIH, pediátrico (<13 años)	√				Vigilancia VIH/SIDA
VIH / SIDA	√				Vigilancia VIH/SIDA
Vibriosis (otras diferentes a V. cólera spp.)	√				DE
Virus del papiloma humano		√			ETS
Virus sincitial respiratorio	√				DE
Yersiniosis	√				DE
Zika[19]	√				DE
Zika embarazadas y/o defectos congénitos			√		Defectos Congénitos

LEYENDA:

Categoría I: Completar el informe individual de casos especificando la enfermedad y enviarlo al programa correspondiente en un periodo no mayor de cinco (5) días. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.

Categoría II: Cada caso de estas enfermedades deberá anotarse en el informe de Categoría II por edad, municipio y enviar semanalmente a la División de Epidemiología del Departamento de Salud. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.

Categoría III: Notificar inmediatamente por teléfono o por la vía más rápida a la División de Epidemiología o el programa pertinente del Departamento de Salud para su investigación. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.

Informe de Microorganismos Multi resistentes: Completar el informe mensual de casos utilizando la hoja para microorganismos multi resistentes. Este informe debe ser enviado a la División de Epidemiología dentro de los primeros (5) días del próximo mes. Esta hoja **no** sustituye el reporte de enfermedad mediante la Hoja Individual de Caso para la vigilancia de Infecciones Adquiridas en el Hospital, según establecido en la ley 52 del año 2007 y en el reglamento 130 del año 2008.

acr

DE: División de Epidemiología. Para más información sobre reporte a la División de Epidemiología favor comunicarse al 787-765-2929 ext. 3551, 3552, 3557, a las oficinas regionales o por fax al 787-751-6937. En el caso de **GBS** reportar a la Oficina de Epidemiología e Investigación y/o al correo electrónico GBS@salud.pr.gov o llamar al (734) 635-0082 o vía fax (787) 706-2496.

ETS: Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual-Para más información sobre reporte de ETS favor comunicarse al 787-274-3370/3371 o por fax al 787-274-5510.

TB: Programa de Prevención de Tuberculosis- Para más información sobre reporte de Tuberculosis o Tuberculosis latente, favor de comunicarse al 787-765-2929 ext. 3860, 3861, 3866, 3867, 3868 o por fax al 787-274-5554.

Vigilancia VIH/SIDA: Para más información sobre el reporte favor comunicarse al 787-763-0265, 0240 o por fax al 787-763-0399.

Salud Ambiental: Programa de Salud Ambiental- Para más información sobre el reporte a Salud Ambiental favor comunicarse al 787-274-7801,787-274-7798, a las oficinas regionales de Salud Ambiental o por fax al 787- 274-6829.

Laboratorio de Salud Pública: Para el envío de los aislados debe comunicarse al 787-765-2929 ext. 3745, 3726, 3734, 3765 o por fax al 787-274-7751.

Departamento de Salud

[19] Utilizar para la investigación: Formulario de Investigación de Caso de Arbovirus en Anejo #16 A versión en español y/o 16 B versión en inglés.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO II

RESULTADOS DE LABORATORIO DE CONDICIONES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA AL DEPARTAMENTO DE SALUD

Todos los laboratorios clínicos, de hospitales y de referencia de Puerto Rico deberán reportar a la División de Epidemiología del Departamento de Salud los siguientes resultados (preliminar o confirmado) en la hoja de reporte para laboratorios dentro del periodo correspondiente. La identificación de organismos relacionados a enfermedades de Categoría III debe ser notificada **INMEDIATAMENTE** a la División de Epidemiología del Departamento de Salud o al programa correspondiente según estipulado en esta orden por teléfono o por la vía más rápida y se debe enviar el informe de Categoría III en un periodo no mayor de 24 horas. Para reportar la identificación de organismos relacionados a enfermedades de Categoría I deberá completar y enviar a la División de Epidemiología del Departamento de Salud el reporte escrito de Categoría I por la vía más rápida en un periodo no mayor de cinco (5) días. Los aislados o muestras para examen directo de los organismos identificados con un asterisco deberán ser enviados al Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud.

CULTIVOS POSITIVOS PARA BACTERIAS O EXAMEN DIRECTO DE:

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I (5 días)	CATEGORIA III (Inmediato)
Cualquier bacteria en CSF			√
Bacillus anthracis **	Ántrax		√
Bordetella pertusis	Tos ferina (Pertusis)		√
Campylobacter spp *	Campilobacteriosis	√	
Chlamydia trachomatis	Clamidia Infección	√	
Clostridium botulinum*	Botulismo		√
Clostridium tetani	Tétano		√
Corynebacterium diphteriae *	Difteria		√
Coxiella burnetii	Fiebre Q		√
Escherichia coli O157:H7 *	E.coli o157:H7 infección	√	
E. coli Shiga- toxin producing Escherichia coli incluye muestras positivas a Shiga-like toxin, otras E. coli O157 y E. coli non- O157*	Shiga toxin positive, serogroup non- O157	√	
Francisella tularensis	Tularemia		√
Haemophilus influenzae type b (excepto de garganta o esputo)	H. influenza tipo B, (enfermedad invasiva)		√
Legionella spp.	Legionelosis	√	
Leptospira spp. *	Leptospirosis	√	
Listeria monocytogenes *	Listeriosis	√	
Mycobacterium leprae	Lepra	√	
Mycobacterium tuberculosis *	Tuberculosis	√	
Neisseria gonorrea	Gonorrea	√	
Neisseria meningitidis * (excepto de garganta o esputo)	Meningococo (Invasivo)		√
Salmonella spp, no S. typhi *	Salmonellosis	√	
Salmonella typhi *	Fiebre tifoidea	√	
Shigella spp *	Shigelosis	√	
Stretococcus pneumonia (excepto de garganta o esputo)	*Streptococcus pneumonia* (infección invasiva)	√	
Treponema pallidum	Sifilis	√	
Yersenia pestis*	Peste		√
Vibrio cholerae *	Cólera		√

ack.

* El aislado de organismo debe ser entregado en el Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud (tel. 787-765-2929 ext. 3745, 3726, 3734 y 3765, fax 787-274-7751). Dirección: Calle Periferal Edificio A 2do Piso. Antiguo Hospital de Psiquiatría, Bo. Monacillos, Río Piedras, PR 00936.

**El envío del aislado de *"Bacillus anthracis"* es al Laboratorio de Emergencias Químicas o Biológicas (BCEL, por sus siglas en inglés) Se pueden comunicar al 787-765-2929 extensiones 4370, 4371, 4372, 4373, 4374.

Enviar el aislado una vez identificado el organismo causante de la condición en agar chocolate en un tubo con rosca. Debe ser entregado en el laboratorio de SP

Favor comunicarse con el epidemiólogo regional para la coordinación de este envío.

CULTIVOS POSITIVOS PARA VIRUS, DETECCION DE ANTIGENO O EXAMEN DIRECTO DE:

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I	CATEGORIA III
Cualquier virus en CSF	Meningitis viral o encefalitis	√	
Chikungunya	Chikungunya	√	
Dengue virus 1, 2, 3, 4	Dengue o dengue hemorrágico	√	
West Nile Virus	Virus del Nilo Occidental		√
Herpes simplex (genital)	Herpes simplex, genital	√	
HIV infección[20] Conteo de linfocitos CD4 + T4 Resultados de pruebas diagnósticas Resultados de pruebas de detección carga viral	VIH Infección	√	
Mumps virus	Paperas	√	
Polio virus 1, 2, 3	Poliomielitis		√
Yellow fever virus	Fiebre amarilla		√
Zika	Zika	√	

CULTIVOS POSITIVOS PARA HONGOS O EXAMEN DIRECTO DE:

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I	CATEGORIA III
Cualquier hongo en CSF	Meningitis por hongo	√	
Histoplasma capsulatum	Histoplasmosis	√	

MUESTRAS POSITIVAS PARA PARASITOS O EXAMEN DIRECTO DE:

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I	CATEGORIA III
Cyclospora cayetanensis*	Ciclosporiasis	√	
Cryptosporidium spp.*	Criptosporidiasis	√	
Cualquier parásito en CSF	Meningitis por parasito	√	
Giardia lamblia*	Giardiasis	√	
Plasmodium spp*	Malaria	√	
Entamoebae histolytica	Amebiasis	√	
Triquinosis	Triquinelosis	√	

* El aislado de organismo debe ser entregado en el Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud (tel. 787-765-2929 ext. 3745, 3726, 3734 y 3765, fax 787-274-7751). Dirección: Calle Periferal Edificio A 2do Piso. Antiguo Hospital de Psiquiatría, Bo. Monacillos, Río Piedras, PR 00936.

PRUEBA SEROLOGICA CON NIVELES ALTOS DE PLOMO:

RESULTADO DE LABORATORIO	CATEGORIA I
Niveles mayores o iguales a 5 mcg/dl[21]	√

acr

PRUEBAS SEROLOGICAS POSITIVAS PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

ENFERMEDAD NOTIFICABLE (RESULTADO DE LABORATORIO)	CATEGORIA I (5 días)	CATEGORIA III (Inmediato)
Amebiasis	√	
Cólera		√
Dengue	√	
Fiebre amarilla		√
Hepatitis A (IgM anti HAV)	√	
Hepatitis B (IgM anti Hbc, HepBsAg, Anti-Hbs)	√	
Hepatitis C (Anti HCV)	√	
Hepatitis Virales (otras)	√	
HIV,infección (en adición a resultados de serología debe enviarse viral load y CD4)	√	
Influenza	√	
Legionelosis	√	
Leptospirosis	√	
Paperas	√	
Rickettsiosis	√	
Sífilis	√	
Sarampión alemán	√	
Sarampión común		√
Virus del Nilo Occidental		√

[20] Para el reporte de resultados relacionados a infección por VIH contactar al Programa de Vigilancia VIH/SIDA al 787-763-0265/0240.

[21] Hoja de categoría I debe ser adjuntada con copia del laboratorio confirmando los niveles de plomo elevados en sangre.

PRUEBAS POSITIVAS DE PATOLOGIA PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I (5 días)	CATEGORIA III (Inmediato)
Lepra	√	
Tuberculosis		√
Creutzfelt-Jakob disease		√
Rabia animal		√
Rabia humana		√

PRUEBAS POSITIVAS DE RESISTENCIA A MICROORGANISMOS:

ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I (5 días)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (Mensual)
Staphylococcus aureus con sensibilidad disminuida a Vancomicina[22]		√
Staphylococcus aureus resistente a meticilina o oxicilina[23]		√
Staphylococcus aureus resistente a Vancomicina[24]		√
Streptococcus pneumoniae resistente a Penicilina[25]		√
Enterobacteriaceae resistentes a carbapenemasa[26]	√	
Enterococcus spp. resistente a Vancomicina[27]		√

Departamento de Salud

acr.

[22] La disminución en la sensibilidad al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

[23] La resistencia a los antibióticos Meticilina/Oxacilina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

[24] La resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

[25] La resistencia al antibiótico Penicilina para la bacteria *Streptococcus pnuemoniae* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés). Siempre y cuando no sea una infección adquirida en hospital. De ser una infección adquirida en hospital, se reportará como parte del informe de microorganismos multiresistentes.

[26] Se debe reportar las siguientes enterobacterias resistentes a carbapenemasa (CRE, por sus siglas en inglés): *E. coli, Enterobacteriaceae, Klebsiella spp.,* que sean no-suceptibles(resistente o intermedio) a las carbapenemasa de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés). Esta debe reportarse en categoría I cuando es identificada en comunidad.

[27] La resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Enterococcus spp.* se define de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

ANEJO III

REPORTE OBLIGATORIO DE CONDICIONES NO INFECCIOSAS AL DEPARTAMENTO DE SALUD

En adición al reporte de condiciones infecciosas, el Departamento de Salud también requiere el reporte de otras condiciones no-infecciosas:

Enfermedad de Alzheimer

- Todo médico que practique su profesión en Puerto Rico y que diagnostique o tenga conocimiento de algún caso de Alzheimer, deberá así registrarlo. El Departamento de Salud cuenta con el Registro electrónico de la enfermedad de Alzheimer que se encarga de recopilar datos relacionados con la enfermedad. El médico tendrá treinta (30) días laborables a partir de la fecha en que tuvo conocimiento del caso para inscribirlo en el registro. De igual forma se les requiere registrar los casos de Alzheimer, a las siguientes facilidades de salud: Hospitales, Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Casas de Salud, Hospicios, Centros Comunales de Salud Mental, Unidades de Cuidado Prolongado, Agencias de Salud en el Hogar, Centros de Rehabilitación Física, Centros de Rehabilitación Sicosocial, Salas de Emergencia y Salas de Urgencia.

El registro de casos está disponible a través de la siguiente página electrónica: https://rcpea.salud.gov.pr Para mayor información puede comunicarse con el coordinador del Centro y Registro de Alzheimer al (787) 765-2929 extensión 4430 o al siguiente correo electrónico: registroalzheimer@salud.pr.gov .

DEFECTOS CONGENITOS

Definición: Una anomalía en la estructura, funcionamiento o metabolismo, presente desde el nacimiento. Incluye defectos clínicamente obvios al nacer y otros que se manifiestan más tarde en la vida. Su etiología es diversa, incluyendo factores ambientales (teratógenos, fuerzas mecánicas, y accidentes vasculares), condiciones genéticas (monogénicas, cromosómicas y multifactoriales) y causas desconocidas. Su manifestación puede ser simple o compleja, pudiendo o no comprometer la vida o representar daños irreparables.

Reporte obligatorio: Todo profesional de la salud, facilidad de servicios de salud y diagnóstico, y cualquier otra facilidad en Puerto Rico que diagnostique o tenga conocimiento de la ocurrencia de un caso de defecto congénito así diagnosticado, en cualquier mujer embarazada, no importa el desenlace, o en un niño de seis años de edad o menos, está obligada a notificarlo al Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos del Departamento de Salud, por escrito en los formularios provistos para esos fines **(Anejo III-A y III-B)**, y dentro de un término de quince (15) días calendario, a partir de la fecha en que tuvo conocimiento del mismo.

ACR.

Cuando el defecto congénito es diagnosticado en el feto de una mujer embrazada con evidencia de infección por el virus Zika, no importa el desenlace, o en un infante de un (1) año o menos de edad con evidencia de infección por el virus Zika o nacido de una madre con evidencia de infección por el virus Zika durante el embarazo, el profesional de la salud, facilidad de servicios de salud y diagnóstico, y cualquier otra facilidad en Puerto Rico está obligada a notificarlo al Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos del Departamento de Salud, por teléfono o por la vía más rápida, y enviar el informe escrito dentro de un término de veinticuatro (24) horas, a partir de la fecha en que tuvo conocimiento del mismo. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte: defectoscongenitos@salud.pr.gov

Para mayor información puede comunicarse con el Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos, PO Box 70184, San Juan PR 00936-8184, Tels. (787) 765-2929 X: 4571/4571/4573 – Fax (787) 764-4259

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO III-A

SISTEMA DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS
SECRETARIA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR Y SERVICIOS INTEGRADOS

HOJA PARA REPORTAR DEFECTOS CONGÉNITOS

A. DATOS DE LA MADRE

Núm. expediente: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Nombre completo:

_____
(Apellidos paterno y materno, Nombre e inicial)

Residente de Puerto Rico: _____ Sí _____No _____No sabe

Dirección postal:

Calle y Número.: _____ Barrio o Urb.:

_____

Municipio: _____ Código postal:

_____

Teléfonos: (_ _ _)-_ _ _ - _ _ _ _ ó (_ _ _)-_ _ _ - _ _ _ _ ó (_ _ _)-_ _ _ - _ _ _ _

B. DATOS DEL PARTO Y DEL BEBE

Hospital o lugar parto: _____ Núm. Expediente: _ _ _ _ _ _

Fecha parto: _ _ - _ _ - _ _ _ _
Día Mes Año

Sexo: _____ Femenino _____ Masculino

Resultado del Embarazo: _____ Vivo _____ Muerto

Edad Gestacional: _____ Semanas y _____ Días

Nombre completo:

_____
(Apellidos paterno y materno, Nombre e inicial)

Continúa hospitalizado: (Circule) Sí No

Condición de alta: _____ Vivo _____ Muerto

	Defecto Congénito	Descripción (Especifique los detalles de cada defecto)
1		
2		
3		

ACR

Nombre del profesional que hace el reporte: _____ Número de contacto:

_____

Hospital/Institución de donde obtiene la inf.: _____ Fecha:

_____

Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos: PO Box 70184, San Juan PR 00936-8184

Tels. (787) 765-2929 X: 4573/4571/4572 – Fax (787) 764-4259

Este formulario es confidencial; los nombres serán protegidos y la información permanecerá en anonimato.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO III-B

SISTEMA DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS
SECRETARIA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR Y SERVICIOS INTEGRADOS

HOJA PARA REPORTAR CASO DE MICROCEFALIA

A. DATOS DE LA MADRE

Núm. expediente: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Nombre completo de la madre:

_____
(Apellidos paterno y materno, Nombre e inicial)

Residente de Puerto Rico: _____ Sí _____No _____No sabe

Dirección postal:

Calle y Número.: _____ Barrio o Urb.:

_____

Municipio: _____ Código postal:

_____

Teléfonos: (__ __ __)-__ __ __ - __ __ __ __ ó (__ __ __)-__ __ __ - __ __ __ __ ó (__ __ __)-__ __ __ - __ __ __ __

B. DATOS DEL BEBE/NIÑO

Nombre completo:

_____
(Apellidos paterno y materno, Nombre e inicial)

Fecha nacimiento: __ __ - __ __ - __ __ __ __ Sexo: _____ Femenino _____ Masculino _____ No establecido
Día Mes Año

Circunferencia de cabeza (más reciente): _____ cm Fecha de la medida: __ __ - __ __ - __ __ __ __
Día Mes Año

Circunferencia de cabeza (24 horas o más de edad): _____ cm Fecha de la medida: __ __ - __ __ - __ __ __ __
Día Mes Año

Hospital o lugar parto: _____ Núm. Expediente: __ __ __ __ __ __

Edad Gestacional: _____ Semanas y _____ Días Largo:_____ cm Peso:_____ gramos

acr

C. DATOS DE LA MICROCEFALIA

Periodo en que se identificó la microcefalia: _____ prenatal _____nacer _____post natal

Si prenatal : Edad gestacional cuando se identficó: _____ sem Si post-natal: Edad cuando se identificó: _____ meses

Asociada a algunos de los siguientes:

__ anencefalia __ calcificaciones intracraneales __ Toxoplamosis __ HIV ___ ZIKA
__ espina bifida __ hidrocefalia ex-vacuo __ Rubella __ Sífilis
__ encefalocele __ hidranencefalia __ Citomegalovirus __ anomalias cromosómicas/genéticas
__ lisencefalia __ holoprosencefalia __ Herpes __ exposición a teratogenos

__otros:

_____
__

Nombre del profesional que hace el reporte: _____ Número de contacto: _____

Hospital/Institución de donde obtiene la inf.:_____ Fecha: _____

Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos: PO Box 70184, San Juan PR 00936-8184

Tels. (787) 765-2929 X: 4573/4571/4572 – Fax (787) 764-4259

Este formulario es confidencial; los nombres serán protegidos y la información permanecerá en anonimato.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO IV

INFORME CONFIDENCIAL ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
CATEGORIA I: INFORME INDIVIDUAL DE CASOS

DS-2 -01/03

NOMBRE DEL PACIENTE				
FECHA NACIMIENTO	**EDAD**	**SEXO**	**ESTADO CIVIL**	**TELEFONO**
DIRECCION FISICA				
NOMBRE DE LOS PADRES				
OCUPACION Y LUGAR DE TRABAJO O ESCUELA				
ENFERMEDAD			**FECHA DE COMIENZO DE SINTOMAS**	
RESULTADOS DE LABORATORIO (CULTIVO, SEROLOGIA, ETC.)			**HOSPITAL**	
FECHA DE ADMISION			**FECHA DE ALTA**	

INFORMANTE _____ **POSICION** _____ **TELEFONO** _____

NOMBRE DE LA FACILIDAD Y DIRECCION FISICA _____ **FECHA DE INFORME** _____

LA LEY DEL 14 DE MAYO DE 1912, ENMENDADA EL 7 DE MAYO DE 1935, REGLAMEMENTA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SU PROPAGACION. LA SECCION 350-1504 DE DICHA LEY ESTABLECE EL MODO DE HACER LA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES AL DEPARTAMENTO DE SALUD. LA MISMA INDICA QUE DEBERA REALIZARSE EN LOS CASOS DE MAYOR VIRULENCIA, PERSONALMENTE, POR TELEFONO, CON CARGOS AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ADEMAS POR ESCRITO; SIEMPRE UTILIZANDO LAS HOJAS SUMINISTRADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD. EN DICHA COMUNICACIÓN SE HARA CONSTAR LOS SIGUIENTES DATOS: ENFERMEDAD, NOMBRE DEL PACIENTE, DIRECCION RESIDENCIAL, NUMERO DE TELEFONO, SEXO, EDAD, FECHA DE NOTIFICACION, PERSONA QUE NOTIFICA, DIRECCION Y NUMERO TELEFONICO DE ESTA ULTIMA.

ENVIAR AL PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

acr.

Aguadilla 787-997-0155, Fax 787- 891-2045
Arecibo 787- 879- 3246, Fax 787- 817- 1134
Bayamón 787-780-7973, Fax 787-995-0123
Caguas 787-286-0880, Fax 787-286-0780
División Central 787-765-2929, ext. 3552 Fax 787-751-6937
Fajardo 787-801-5922, Fax 801-6767
Mayagüez 787- 831- 0262, Fax 787-834- 0095
Metro 787-751-8381, Fax 787-281-6144
Ponce 787-841-5058, Fax 787-813-1712

Oficina de Epidemiología e Investigación
P.O. Box 70184, San Juan, P.R. 00936-8184
Teléfono 787-765-2929 X 3552

Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO V

Oficina de Epidemiología e Investigación

CATEGORIA II: INFORME POR NÚMERO DE CASOS Y EDAD, POR SEMANA

DS-2

MUNICIPIO: _____ **SEMANA QUE TERMINA EN:**

SÁBADO ____ **DE** _____ **DE 20**__

GRUPO DE EDAD	CONJUNTIVITIS	GASTROENTERITIS	SÍNDROMES GRIPALES
MENOR DE 1 AÑO			
1-4 AÑOS			
5-9 AÑOS			
10-19 AÑOS			
20-24 AÑOS			
25-49 AÑOS			
50-64 AÑOS			
65 AÑOS O MÁS			
TOTAL			

_____ _____ _____
PROVEEDOR DE INFORMACIÓN POSICIÓN TELÉFONO

acr

_____ _____
NOMBRE DE LA FACILIDAD Y DIRECCIÓN FECHA DE INFORME

Enviar al Programa de Epidemiología del Departamento de Salud

Aguadilla 787-997-0155, Fax 787- 891-2045
Arecibo 787- 879- 3246, Fax 787- 817- 1134
Bayamón 787-780-7973, Fax 787-995-0123
Caguas 787-286-0880, Fax 787-286-0780
División Central 787-765-2929, ext. 3552 Fax 787-751-6937
Fajardo 787-801-5922, Fax 801-6767
Mayagüez 787- 831- 0262, Fax 787-834- 0095
Metro 787-751-8381, Fax 787-281-6144
Ponce 787-841-5058, Fax 787-813-1712

Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO VI
DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN
HOJA PARA REPORTE MENSUAL DE MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES

FACILIDAD: _____ **MES** _____ **AÑO** _____

Instrucciones: Envíe este informe mensualmente, dentro de los primeros cinco (5) días laborables del próximo mes. El reporte puede ser enviado ya sea vía fax, correo electrónico o postal a la Oficina de Epidemiologia e Investigación. Esta hoja sustituye los reportes de comunidad enviados en la Hoja de Reporte de Categoría así como la hoja trimestral para el Reporte de Microorganismos Multiresistentes para las siguientes enfermedades de notificación obligatoria: Staphylococcus aureus Resistente a Meticilina (MRSA), Staphylococcus aureus Resistente a Vancomicina (VRSA), Enterococcus Resistente a Vancomicina (VRE), Streptococcus pneumoniae Resistente a Penicilina, Acetinobacter baumani Multiresistentes y Clostridium difficile. (Indique cada unidad y el número de microorganismos aislados en estas unidades).

Unidad (Ward)	MRSA		VRE		Strep. pneumoniae		K. pneumoniae		CRE		CDI		A. baumani		Otro*		Otro*		Otro*	
	C	IAH	C	IAH	C	IAH	C	IAH	C	IAH	C	IAH	C	IAH	C	IAH	C	IAH	C	IAH

Infecciones de Comunidad = C
Infecciones Asociadas a Hospital = IAH
*** En esta columna incluya solo microorganismos resistentes a antibióticos poco comunes**
Rev. NDP/Jun2016

Reportado por: _____

Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO VII

AISLADO DE ORGANISMO DE CONDICIONES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA AL DEPARTAMENTO DE SALUD

Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico
Departamento de Salud
PO Box 70184 San Juan PR 00936
Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3745 ■ Facsímile: (787) 274-7751

Fecha de envío: ___/___/_____ **Nombre de Persona que Refiere:** _____
Mes/ Dia/ Año

Nombre de Institución: _____**Tel.** _____ **Num. ID muestra:** _____

(Lab. de Referencia indicar laboratorio que originó la muestra): _____**Tel.** _____

Nombre del Paciente: _____ **Sexo:** ____ **Fecha Nac.** __/__/____ **Edad:** _____
Mes/Dia/ Año

Dirección Física: _____**Tel.**_____

Diagnóstico Clínico: _____**Muestra Original (orina, excreta, etc.)** _____

Fecha de Toma de Muestra: ___/___/_____ **Fecha de Aislado Organismo:** ___/___/_____
Mes/ Dia/ Año Mes/ Dia/ Año

Organismo Aislado (cultivo puro): _____**subespecie/ subgrupo**_____

Medio en que se envía la muestra: _____**Condición Especial (si aplica)** _____

RESULTADOS DE LABORATORIO PREVIOS

Reacciones Bioquímicas (Puede incluir copia de la hoja de reacciones manual o impresa por equipo):
TSI _____ IMVIC _____
LIA _____ Atmósfera especial requerida _____
Urea _____ Especifique Otras: _____

Método de Identificación:
API _____ Automatizado (especifique) _____ Otro (especifique) _____

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA RELEVANTE: Caso relacionado a:

__ Brote Epidemiológico
__ Intoxicación por Alimentos
__ Exposición en Viaje
__ Contacto con animales

__ Otro (especifique) _____

ack

Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO VIII

DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO
REPORTE CONFIDENCIAL DE HOSPITALIZACIONES Y/O MUERTES ASOCIADAS A INFLUENZA

Utilice esta hoja para reportar casos confirmados de hospitalizaciones por influenza. Un *caso confirmado* será aquel que tenga un resultado positivo a influenza mediante uno de los siguientes métodos: Cultivo viral, Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa (RT-PCR), Prueba serológica, Prueba rápida para el diagnóstico de influenza, y Ensayo de fluorescencia (Inmunofluorescence antibody staining). Una *hospitalización* es definida como una admisión a alguna de las áreas del hospital. El paciente debe haber sido admitido al hospital dentro de los primeros 14 días de haber obtenido resultado positivo a influenza o 3 días antes de una prueba positiva. Aquel paciente que es admitido y dado de alta del hospital el mismo día se considerará como una hospitalización. Visitas a la sala de emergencia o a una clínica no se considerarán como hospitalizaciones.

Se debe enviar copia de resultados de laboratorios adjunta a este reporte. Este reporte debe de llenarse en su totalidad y con letra **clara y legible**.

I. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Hospital: _____ Fecha de reporte ___/___/_____
mes/ día / año

Nombre de la persona que reporta: _____

II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ en años/meses/semanas
mes/día/año

Género: □ Masculino □ Femenino | □ Embarazada, especifique semana gestación _____

Dirección: Urb. O Barrio _____
Calle: _____ Número: _____
Pueblo: _____ Zip-Code: _____
Tel casa: (____)-_____-

III. INFORMACIÓN ADMISIÓN

Fecha de comienzo de síntomas: ___/___/___
mes/día/Año

Fecha de Admisión: ___/___/___ Dx. Admisión : _____ Fecha de Alta: ___/___/___
mes/día/año mes/día/año

¿El paciente fue trasladado de otro hospital? □ Sí, nombre facilidad: _____ □ No
Fecha admisión: ___/___/____ Fecha traslado: ___/___/____
mes/día/año mes/día/año

¿El paciente viajó fuera de Puerto Rico 10 días previos al comienzo de síntomas? □ Sí, lugar: _____ □ No
Fecha salida: ___/___/____ Fecha regreso: ___/___/____
mes/día/año mes/día/año

¿El paciente tuvo contacto con aves o cerdos? □ Sí, tipo de animal: _____ □ No
Fecha de contacto: ___/___/____ Lugar donde ocurrió el contacto: _____
mes/día/año

¿El paciente es profesional de la salud que trabaja en contacto directo con pacientes? □ Sí □ No
De contestar si, indique profesión y lugar de trabajo:_____

Manifestación de síntomas o complicaciones:

Fiebre (≥ 38° C ó 100°F): □ Sí □ No, Temperatura _____, Dolor de garganta □ Sí □ No, Escalofríos □ Sí □ No, Dolor muscular □ Sí □ No, Diarrea □ Sí □ No, Tos seca □ Sí □ No, Dolor de cabeza □Sí □ No, Mareos □ Sí □ No, Erupción (Rash) □ Sí □ No, Fatiga □ Sí □ No, Dificultad al respirar □ Sí □ No, Taquipnea □Sí □No, Rales □ Sí □ No, Vómitos o Náuseas □ Sí □ No, Pulmonía □ Sí □ No,
Otros: _____

IV. RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POSITIVAS A INFLUENZA

¿Se le realizó una prueba rápida de influenza? No Sí, fecha:___/___/_____ ¿Enviada al Lab. (LSPPR)?
Coloque ID muestra_____ mes/día / año ¿Prueba realizada en la institución hospitalaria?

Especifique el resultado: □ + Influenza A □ + Influenza B □ Negativo □ Rechazada

EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

V. HISTORIAL ADMISIÓN E HISTORIAL FÍSICO

Peso (en libras): _____ Estatura: _____(pies/pulgadas) BMI: _____

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones?

□ Asma
□ Condición sistema inmune (especifique) _____
□ Alguna enfermedad crónica pulmonar (especifique)_____
□ Enf. Cardiovascular crónica (especifique)_____
□ Enf. Metabólica Crónica (especifique)_____
□ Fibrosis cística
□ Convulsiones
□ Síndrome Guillain-Barre
□ Historial de cáncer
□ Desorden neuromuscular

acr.

□ Enf. Neurológica (especifique) _____ □ Enf. Renal (especifique)_____
□ Alguna otra enfermedad crónica (especifique)_____

VI. CONFIRMACIÓN MEDIANTE CULTIVO DE PATOGENOS SECUNDARIOS BACTERIANOS

1. ¿Hubo confirmación mediante cultivo de una infección bacterial invasiva (sitio estéril)?
   □ Sí, fecha de primer cultivo positivo: ___/___/_____ □ No
   mes/día/año

VIII. TRATAMIENTO PARA INFLUENZA

1. ¿Recibió el paciente tratamiento con antivirales en algún momento durante el curso de la enfermedad? □ Sí □ No,
   Si la contestación es Sí, Patógeno Identificado _____.

   De contestar sí, indique fecha de comienzo ___/___/____
   mes/día/año
   ¿Cuál fue el medicamento antiviral utilizado?

   □ Amantadina □ Rimantadina □ Zanamivir □ Oseltamivir □ No se conoce

   Para el antiviral seleccionado, informe dosis administrada (mg) y duración (días de tratamiento): _____ mg _____ días

VIII. INFORMACIÓN DEL PROCESO DE ALTA

¿Fue el paciente admitido a área de Cuidado Intensivo? □ Sí □ No

El paciente está: □ Vivo □ Muerto Fecha de defunción: ___/___/____
mes/día/año

Causa de muerte: _____, _____, _____

Autopsia: □ Sí □ No Resultado de autopsia (si disponible): _____

IX. HISTORIAL DE VACUNACIÓN INFLUENZA

¿Recibió el paciente la vacuna contra influenza de temporada? □ Sí, Fecha de vacunación: ___/___/_____ □ No □ Se desconoce
mes/día/año

Criterios específicos de exclusión: Pacientes hospitalizados sin una prueba positiva a influenza, y/o pacientes hospitalizados luego de 14 días de un resultado positivo a influenza.

ack.

Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO IX

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACION
INFORME DE RESULTADOS DE LABORATORIO
ENFERMEDADES DE REPORTE OBLIGATORIO

VDRL/RPR (Circule el que corresponde)			NEISSERIA GONORRHOEAE			CLAMIDIA			OTROS			OTROS		
R	NR	TOTAL	POS	NEG	TOTAL	POS	NEG	TOTAL	POS	NEG	TOTAL	POS	NEG	TOTAL

SEMANA DEL _____ **AL** _____

REPORTE CONFIDENCIAL DE LABORATORIO

Toda persona a cargo de un laboratorio en el cual procesen pruebas para el diagnóstico o confirmación de enfermedades deberá informar dentro del periodo requerido por Ley todos los resultados positivos o reactivos de las enfermedades incluidas en la Orden Administrativa de Enfermedades de Notificación Obligatoria vigente. Las enfermedades de categoría I deberán ser reportadas dentro de los cinco (5) días siguientes de procesada la prueba. Las enfermedades de Categoría III deberán ser notificadas INMEDIATAMENTE por teléfono o mediante la vía más rápida. Dicho informe se hará en formularios provistos por el Departamento y contendrá aquella información que el Departamento considere necesaria para el estudio de la epidemiología de dichas enfermedades.

La información mínima debe incluir lo siguiente: **nombre del paciente, fecha de nacimiento, edad, sexo, dirección residencial, lugar donde fue atendido el paciente, teléfono del paciente, nombre del médico que recomendó la prueba y cualquier otra información que el Departamento así solicite.**

CERTIFICACION DEL REPORTE

Certifico que durante la semana señalada se obtuvieron los siguientes resultados. Adjunto copia de todos los resultados positivos y señalo además que he revisado los mismos y confirmo que contienen la información requerida por el Departamento de Salud, en forma **clara y legible.**

NOMBRE DEL LABORATORIO O INSTITUCIÓN Y # DE LICENCIA _____

DIRECTOR DEL LABORATORIO Y # DE LICENCIA _____

DIRECCIÓN _____

_____

NOMBRE DEL TECNÓLOGO MEDICO Y # DE LICENCIA _____

TELEFONO _____

Enviar al Programa de Epidemiología del Departamento de Salud

Aguadilla 787-997-0155, Fax 787- 891-2045
Arecibo 787- 879- 3246, Fax 787- 817- 1134
Bayamón 787-780-7973, Fax 787-995-0123
Caguas 787-286-0880, Fax 787-286-0780
División Central 787-765-2929, ext. 3552 Fax 787-751-6937
Fajardo 787-801-5922, Fax 801-6767
Mayagüez 787- 831- 0262, Fax 787-834- 0095
Metro 787-751-8381, Fax 787-281-6144
Ponce 787-841-5058, Fax 787-813-1712

ack.

Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO IX

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACION
INFORME DE RESULTADOS DE LABORATORIO
ENFERMEDADES DE REPORTE OBLIGATORIO

NOTA: LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) NO DEBEN SER INCLUIDAS EN ESTA HOJA. LAS ETS DEBERAN SER REPORTADAS EN LA HOJA DE REPORTE PARA ETS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO.

acr

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (INCLUYE DOS APELLIDOS)	EDAD	FECHA NACIMIENTO	SEXO	DIRECCIÓN COMPLETA DEL PACIENTE	TELEFONO	FECHA TOMADA	TIPO EXAM.	RESUL-TADOS	NOMBRE Y TELEFONO DEL MEDICO

Departamento de Salud

ANEJO X
DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO
LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

PO Box 70184, San Juan, P. R. 00936

Protocolo de Envío de muestras para la Vigilancia de Influenza

La Orden Administrativa Núm. 302, que emite la lista de Enfermedades y Condiciones de salud Notificables al Departamento de Salud, fue enmendada recientemente por la Orden Administrativa Núm. 357. Esta nueva orden establece que todo laboratorio clínico, y/o de referencia, designado por el Secretario de Salud, que realice el análisis para Influenza mediante prueba rápida deberá enviar semanalmente un número específico de las muestras obtenidas al Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico (L.S.P.P.R.), al nivel central en el Departamento de Salud.

El propósito del envío de estas muestras es establecer una vigilancia de Influenza, realizando pruebas moleculares, más específicas que las pruebas rápidas.

Horario establecido para el recibo de muestras

El L.S.P.P.R. está localizado en el segundo nivel del edificio A del Departamento de Salud. El horario de trabajo de la sección de Virología es de lunes-viernes de 7:00 AM - 3:30 PM.

Criterios Clínicos de los Casos Referidos

Las muestras referidas serán de los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

-Pacientes con fiebre mayor de 37.8°C (100°F) que posean síntomas relacionados a enfermedad respiratoria aguda febril (tos, dolor de garganta, dolor muscular, etc.).

Muestras Aceptables

La muestra aceptable será una alícuota (1-3 ml.) de un medio de transporte viral líquido, conteniendo estabilizadores de proteína, solución amortiguadora y sustancias que eviten el crecimiento de hongos y bacterias. En aquellos casos que la muestra haya sido tomada con un hisopo, se debió haber utilizado uno de punta sintética (Dacron, Nylon, Polyester) y una base de plástico o alambre flexible. No se debe utilizar hisopos de alginato de calcio o palillos de madera.

Transporte y Envío de las Muestras

Las muestras deben ser enviadas lo más pronto posible al L.S.P.P.R. Se deben mantener de 2°-8°C (refrigeradas) por no más de 72 horas. y transportadas en una nevera insulada a una temperatura de 4°C con empaques de hielo ("ice packs"). No se debe utilizar hielo. Dentro de la nevera debe colocar un termómetro para verificar la temperatura de la muestra al momento de ser recibida en el laboratorio. De no ser posible su transporte durante este período de tiempo, se debe congelar a -70°C y transportarse en hielo seco. Las muestras tienen que ser enviadas con la Hoja de Referido de Muestras para Vigilancia de Influenza, debidamente cumplimentada. La información suministrada está protegida de conformidad con las disposiciones de la Ley HIPPA y de acuerdo a las disposiciones contenidas en 45 CFR 164.501 et seq. Dichas disposiciones autorizan la divulgación de información a las agencias de salud pública cuando su propósito es un fin público tales como evaluar, monitorear, llevar a cabo investigaciones, mantener registros de datos o para cualquier otro uso regulador y/o fiscalizador. **Toda muestra a ser referida deberá coordinarse en el horario establecido, llamando al 787-765-2929 x 3765. Cualquier duda concerniente al envío y referido de las muestras, se puede comunicar con el Lcdo. Rafael González a los teléfonos antes mencionados.**

RGP/agosto 2016

ack.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO XI

INFORME SEMANAL DE RESULTADOS POSITIVOS O REACTIVOS PARA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL VIH/SIDA

SEMANA DEL _____ AL _____

MUESTRAS TOMADAS SUJETAS A INFORME

Resultado	Tipo de Prueba				
	VIH – 1 EIA	HIV – 1 / 2	WESTERN BLOT	CD4/CD8	Otras
Positivo					
Negativo					
Indeterminado					
Total					

ack.

Certifico que los resultados incluidos en la tabla representan todos los realizados durante la semana señalada. Adjunto copia de los resultados positivos; certifico que he revisado los mismos y confirmo que contienen la información requerida por el Departamento de Salud, en forma **clara y legible**.

_____
NOMBRE DEL LABORATORIO O INSTITUCIÓN Y # DE LICENCIA

DIRECCIÓN: _____

_____

TELÉFONO: _____

_____
DIRECTOR DEL LABORATORIO Y # DE LICENCIA

_____
NOMBRE DEL TECNÓLOGO MÉDICO Y # DE LICENCIA

Para cualquier pregunta o información relacionada con el reporte de VIH comuníquese con la oficina arriba indicada.
Favor de enviar copia de los resultados positivos y/o indeterminados. Al enviar su correspondencia indique en el sobre 'INFORME CONFIDENCIAL"

NOMBRE DEL LUGAR QUE REPORTA: _____

PERSONA CONTACTO: _____

TIPO DE INSTITUCION: (marque sólo en el que corresponda)

LABORATORIO: ☐ LAB. DE REFERENCIA: SI___ NO___

HOSPITAL: ☐

CORRECIONAL: ☐ AREA:_____ FONDOS FEDERALES: SI ○ NO ○

HOGAR O ALBERGUE: ☐ PACIENTE RESIDE EN LUGAR: SI__ NO__ FONDOS FEDERALES: SI ○ NO ○

CLINICA: ☐ NOMBRE DE CLINICA:_____ FONDOS FEDERALES: SI ○ NO ○

NOMBRE COMPLETO	SEXO m/f	FECHA NACIM. m/d/año	SEGURO SOCIAL	DIRECCION RESIDENCIAL	FACTOR RIESGO*	HOSPITAL si es diferente al lugar que realiza el reporte	** NUM. EXPEDIENTE S.Emer. / OPD	PRUEBAS (incluya confirmatorias)	FECHA toma de muestra m/d/año	***CD4 anotar cantidad (%) y/o Carga Viral / Fecha
								EIA ☐ WB ☐ VIH - 1/2 ☐		
						MEDICO:			Tel.	
								EIA ☐ WB ☐ VIH - 1/2 ☐		
						MEDICO:			Tel.	
								EIA ☐ WB ☐ VIH - 1/2 ☐		
						MEDICO:			Tel.	
								EIA ☐ WB ☐ VIH - 1/2 ☐		
						MEDICO:			Tel.	
								EIA ☐ WB ☐ VIH - 1/2 ☐		
						MEDICO:			Tel.	
								EIA ☐ WB ☐ VIH - 1/2 ☐		
						MEDICO:			Tel.	
								EIA ☐ WB ☐ VIH - 1/2 ☐		
						MEDICO:			Tel.	
								EIA ☐ WB ☐ VIH - 1/2 ☐		
						MEDICO:			Tel.	

* Factores de riesgo = usuario de drogas Intravenosas **(ivdu)**, hombre que tiene sexo con hombre **(homo)**, sexo con una persona VIH **(sexo hom** VIH es mujer, **sexo muj** VIH si es hombre), sexo con mujer usuaria de drogas **(sexo ivdu muj)**, sexo con hombre usuario de drogas **(sexo ivdu hom)**, otro según aplique.

** En adición al número expediente favor indicar: **(S. Emer.)** para sala emergencias, **(OPD)** si no está hospitalizado, **(HOSP)** si está hospitalizado.

*** FAVOR DISTINGUIR ENTRE % Y/O CONTAJE DE CELULAS INCLUYA LA FECHA DE TOMA DE MUESTRA. / ***PRUEBAS VIH REQUIEREN CONFIRMACION CON WESTERN BLOT (WB)***

Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ANEJO XII
DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACION
SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA INFLUENZA
Informe de resultados de prueba rápida para influenza

Instrucciones: Todo laboratorio clínico, ambulatorio o de hospital debe enviar este informe semanalmente. Por cada grupo de edad, reportar el total de muestras positivas para influenza A, B o A & B, el total de muestras negativas y el total de muestras para influenza analizadas en el periodo que comprende la semana del reporte. Las semanas de reporte comienzan los domingos y culminan los sábados. El reporte se puede enviar por fax, correo postal o correo electrónico.

Resultados de pruebas rápidas para influenza					
Grupos de Edad (años)	**Positivas A**	**Positivas B**	**Positivas A & B**	**Negativas**	**Total muestras analizadas**
Menor de 1 año					
1-4 años					
5-9 años					
10-19 años					
20-24 años					
25-49 años					
50-64 años					
65 años o más					

ack.

_____
NOMBRE DEL LABORATORIO O INSTITUCIÓN Y # DE LICENCIA

DIRECCIÓN: _____

_____
DIRECTOR DEL LABORATORIO Y # DE LICENCIA

_____
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REPORTA

TELÉFONO: _____

Sistema de Vigilancia para Influenza – Oficina de Epidemiologia e Investigación
P. O. BOX 70184, San Juan, Puerto Rico 00936-8184
Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3552 Fax (787) 751-693

Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

Anejo XIII

Departamento de Salud
Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico
Edificio A P.O. Box 70184 San Juan, PR 00936
Lic. No. 1 CLIA #40D0672312
Tel. (787) 765-2929 x 3765
Facsímile: (787)274-7751

HOJA DE REFERIDO DE MUESTRAS PARA VIGILANCIA DE INFLUENZA

I. Información de la Institución que refiere

Nombre de la Institución: _____ Fecha de envío ____/____/____ (mes día año)

Dirección: _____ Teléfono (___) - _____-_____

Laboratorio/Hospital(indicar origen de la muestra): _____ Teléfono (___) - _____-_____

Médico que ordena la prueba: _____ Teléfono (___) - _____-_____

II. Información Demográfica

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mes día año) Edad: _____ en años/meses/semanas

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Embarazada, especifique semana gestación _____

Dirección física: Urb. o Barrio _____ Tel. casa: (___) - _____-_____

Calle: _____ Número: _____ Tel. celular (___) - _____-_____

Pueblo: _____ Zip-Code: _____

III. Información Clínica (REQUISITO INDISPENSABLE PARA PROCESAMIENTO)

Fecha del primer síntoma ____/____/____ (mes día año) ☐ Hospitalizado ☐ Ambulatorio

Fiebre (≥ 38° C ó 100°F): ☐ Sí ☐ No
Temperatura _____

Dolor de garganta:	☐ Sí ☐ No	Escalofríos	☐ Sí ☐ No
Dolor muscular:	☐ Sí ☐ No	Diarrea:	☐ Sí ☐ No	Tos seca:	☐ Sí ☐ No
Dolor de cabeza:	☐ Sí ☐ No	Mareos:	☐ Sí ☐ No	Otros:	_____
Erupción (Rash):	☐ Sí ☐ No	Fatiga:	☐ Sí ☐ No		_____

Diagnóstico clínico inicial: _____

¿Ha recibido usted vacuna contra influenza de temporada? Si, Fecha ____/____/____ (mes día año)

IV. Información del Laboratorio/Hospital que refiere

Fecha de toma de muestra: ____/____/____ (mes día año) Tipo de muestra: _____

*Prueba realizada(si alguna): _____ *Método de Identificación: _____

*Resultados obtenidos: _____ *Información opcional

PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE PUERTO RICO

Fecha de recibo de muestra al LSPPR: ____/____/____ (mes día año)

Número del LSPPR:

Prueba realizada en el LSPPR:

REAL TIME – RT PCR

Muestra Rechazada: ☐ SI ☐ NO

Comentarios:

_____

_____

MT_____ DATE_____

Julio 2016

acr.

Departamento de Salud

ANEJO XIV

Tabla de Procedimientos para la colección de muestras relacionadas a la investigación de brotes ETA [1]

	Tipo de Muestra	Envase	Toma de muestras/Volumen mínimo	Transportación
Bacterias	Garganta	**Hisopo** con medio de transporte Cary Blair	1. Presionar lengua con depresor 2. Frotar área tonsilar y la úvula 3. Evitar tocar: lengua, encía y dientes con hisopo 4. Colocar en envase con medio de transporte	Temperatura ambiente. NO REFRIGERAR
	Nariz	**Hisopo** con medio de transporte Cary Blair	1. Colocar hisopo cuidadosamente, aprox. 1 cm dentro de los orificios nasales	Temperatura ambiente. NO REFRIGERAR
	Excreta Rectal	**Hisopo** con medio de transporte Cary Blair	1. Cuidadosamente insertar hisopo 1" por el esfínter 2. Observar material fecal 3. Colocar en envase con medio de transporte	≤2 horas a temperatura ambiente ≤24 horas at 4°C*
	Excreta Completa	**Envase** con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina)	1. Colectar una porción de muestra en el envase	≤24 horas at 2-8°C*
Parásito	Excreta Completa	**Envase** con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina) ó Envase con 10 % formalina y envase PVA Comerciales	1. Colectar alrededor **2 gramos** de excreta formada o **10cc** de diarrea	≤24 horas a temperatura ambiente
Virus	Excreta Completa	**Envase** con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina)	1. Colectar **10-50cc** de excrete/diarrea	≤24 horas at 2-8°C*
	Vómito	**Envase** con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina)	1. Colectar **10-50cc** of vómito	≤24 horas at 2-8°C*
Todo**	Excreta Completa	**Envase** con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina)	1. Colectar **10-50cc** de excrete/diarrea	≤24 horas at 2-8°C*

ACR.

*Transportar en neverita insulada con "Ice Pack" en 2-8°C

** Muestra para todos (bacterias, parásitos y virus)

[1] Fuente: *Guía para la investigación de brotes de enfermedades transmisibles por alimentos,* Oficina de Epidemiología e Investigación, Departamento de Salud de Puerto Rico, Agosto 2007, p.37.

Para información puede comunicarse al
Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico
Teléfono: 787-765-2929 Ext. 3745, 3726, 3566 - Fax: 787-274-7751 Email: laura.castro@salud.pr.gov

ANEJO XV

INFORME DE INVESTIGACION DE CASO DE SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (GBS)

Departamento de Salud

Laboratorio de Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico, Edificio A – 2do Piso, Área de Centro Médico, San Juan, PR 00926; GBS@salud.pr.gov; Fax: (787) 706-2496

Fecha de hoy: ____/____/____ (Día / Mes / Año)

Información mínima requerida (Secciones I-VI)

Complete las secciones I-VI e informe lo antes posible.

I. Datos del Paciente

Nombre del Paciente _____ (Apellidos / Nombre)

Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (Día / Mes / Año)

Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado: _____ (Apellidos / Nombre)

País de Nacimiento: _____

II. Dirección Física

Municipio: _____ Código Postal: _____ - _____

Tel: _____ Otro Tel: _____

III. Proveedor que informó este caso

Nombre del Proveedor: _____

Tel: _____ Fax: _____ NPI: _____

Nombre del Hospital y Dirección Postal: _____

IV. Presentación Actual

Comienzo de síntomas neurológicos: ____/____/____ (Día / Mes / Año)

1ra atención médica solicitada: ____/____/____ (Día / Mes / Año)

Fecha de colección de muestra: ____/____/____ (Día / Mes / Año)

	Sí	No	NS
Debilidad bilateral & flácida	☐	☐	☐
Reflejos disminuidos/ausentes	☐	☐	☐
Episodios previos de GBS	☐	☐	☐
Disautonomía	☐	☐	☐
Oftalmoparesis	☐	☐	☐
Ataxia	☐	☐	☐

	Sí	No	NS
Debilidad facial	☐	☐	☐
Disfagia	☐	☐	☐
Disartria	☐	☐	☐
Dificultad para respirar	☐	☐	☐
Embarazada	☐	☐	☐

Si la respuesta es Sí, semana de gestación: .....

V. Condición/estado durante los últimos 2 meses

Comienzo de la enfermedad previa más reciente: ____/____/____ (Día / Mes / Año)

	Sí	No	NS
Sarpullido	☐	☐	☐
Conjuntivitis	☐	☐	☐
Artralgia	☐	☐	☐
Tos	☐	☐	☐
Congestión nasal	☐	☐	☐

	Sí	No	NS
Dolor de garganta	☐	☐	☐
Náuseas/vómitos	☐	☐	☐
Diarrea	☐	☐	☐
Fiebre	☐	☐	☐
Vacunación	☐	☐	☐

Si su respuesta es Sí, qué tipo: .....

	Sí	No	NS
Metales pesados	☐	☐	☐
Alcohol no ético	☐	☐	☐
Quimioterapia	☐	☐	☐
Viaje internacional	☐	☐	☐

Si su respuesta es Sí, a dónde: .....

VI. Historial Médico

	Sí	No	NS
HTA	☐	☐	☐
DM	☐	☐	☐
VIH	☐	☐	☐
Cáncer*	☐	☐	☐

*durante los últimos 6 meses

Si la respuesta es Sí, órgano primario: .....

VII. Datos Adicionales

Complete si los datos están disponibles.

Líquido cefalorraquídeo

____/____/____ (Día / Mes / Año)

WBC (cells/cc): _____

RBC (cells/cc): _____

Proteínas (mg/dl): _____

Glucosa (mg/dl): _____

Índice de IgG: _____

Bandas oligoclonales: _____

Síntesis de IgG: _____

Glucosa en sangre (mg/dl): _____

Estudios electrofisiológicos

____/____/____ (Día / Mes / Año)

AIDP	☐	AMSAN	☐
AMAN	☐	No excitable	☐
Otro	☐	No es GBS	☐
Normal	☐	Cuestiones técnicas	☐

Imágenes

Cerebro ____/____/____ (Día / Mes / Año)

Normal ☐ Anormal ☐

Describa _____

Columna vertebral: Normal ☐ Anormal (No GBS) ☐ Consistente con GBS ☐

Describa _____

VIII. Tratamientos (fecha de inicio)

Esteroides ☐ ____/____/____ (Día / Mes / Año)

Ventilación mecánica ☐ ____/____/____ (Día / Mes / Año)

IVIG ☐ ____/____/____ (Día / Mes / Año)

Intercambio de plasma ☐ ____/____/____ (Día / Mes / Año)

IX. Resultado

Hospitalizado Sí ☐ No ☐

Nadir ____/____/____ (Día / Mes / Año)

Fecha de alta o muerte ____/____/____ (Día / Mes / Año)

Resultado: Casa ☐ Muerte ☐ Rehabilitación ☐ Otro ☐

Escala de discapacidad de Hughes (0–6): Nadir _____ Alta _____

X. Para uso del laboratorio

Número de caso ☐☐☐☐☐☐

SAN ID ☐☐☐☐☐☐ CCODE ☐☐

Número de muestra	Días después de comienzo de los síntomas	Tipo	Fecha recibido
S1	_____	_____	____/____/____
S2	_____	_____	____/____/____
S3	_____	_____	____/____/____
S4	_____	_____	____/____/____

aer.

Instrucciones para completar el Informe de Investigación del Síndrome de Guillain-Barré (GBS)

El proveedor de salud (neurólogo/fisiatra) completará el formulario para reportar la vigilancia del GBS en letra de molde y solicitará la prueba de laboratorio: **serología para arbovirus (dengue, chikungunya y Zika).** El laboratorio enviará el formulario completado y la muestra de suero siguiendo los procedimientos vigentes para las pruebas del dengue. Las muestras adicionales (e.g., líquido cefalorraquídeo y orina) pueden enviarse conjuntamente con el formulario y la muestra de suero.

Complete las Secciones I-VI y reporte el caso lo antes posible.

• Sección I, II y III:

El nombre completo y la información del paciente es esencial ya que muchas personas tienen nombres y datos similares. Complete según las indicaciones.

• Sección IV:

Inicio de los síntomas: comienzo de las manifestaciones neurológicas **no incluyendo** síntomas previos.

Primera atención médica solicitada: para las manifestaciones neurológicas **no las** condiciones previas, informe la primera cita con su proveedor de servicios de salud (hospitalización o servicio ambulatorio).

Diagnóstico del GBS: fecha del diagnóstico del GBS, según lo indicó el neurólogo o fisiatra.

Signos y síntomas: Marque todas las manifestaciones que se detecten hasta la fecha de envío del informe del caso (presentes en cualquier momento durante el transcurso de la enfermedad).

• Sección V, VI:

Comienzo de la enfermedad previa más reciente: Fecha del comienzo de síntomas de la enfermedad previa más reciente en los dos meses anteriores. Por favor marque todos los síntomas/condiciones previos que presentó en cualquier momento **durante los dos meses** anteriores al comienzo del GBS.

Incluya cualquier información disponible en el momento del envío del informe, pero no retrase la entrega del informe con tal de completar todas las secciones de la VII a la IX. Si es posible, haga una copia de este formulario, llene la información adicional y envíelo cuando se le dé el alta al paciente. Las siguientes muestras de suero se pueden analizar usando la serología para arbovirus y un formulario completamente actualizado.

• Sección VII:

Fecha de la muestra del líquido cefalorraquídeo (LCR): señale la fecha de la punción lumbar con los resultados del LCR utilizados para el diagnóstico del GBS.

Estudios electrofisiológicos: indique la fecha del estudio utilizado para el diagnóstico del GBS.

AIDP: Polineuropatía aguda inflamatoria desmielinizante

AMAN: Neuropatía aguda axonal motora

AMSAN: Neuropatía axonal aguda sensitivo-motora

No excitable: Nervios eléctricamente no excitables

Otros: otros hallazgos probablemente asociados al GBS

No GBS: Hallazgos anormales, pero que no están asociados al GBS

Normal: sólo los hallazgos que sean totalmente normales

Cuestiones técnicas: Estudio realizado, pero cuestiones técnicas impiden la interpretación de los resultados.

Imágenes: Señale la fecha del hallazgo en la imagen más importante del cerebro y/o la columna vertebral. Para las imágenes cerebrales, marque si los hallazgos son normales o anormales. Para la columna vertebral, señale si es normal; anormal, pero no es el GBS; o anormal y consistente con el GBS.

• Sección VIII:

Indique las fechas de inicio de tratamientos específicos (IVIG: Inmunoglobulina intravenosa).

• Sección IX:

Señale si el paciente fue hospitalizado por el GBS, la fecha de nadir (nadir = el punto de déficit/debilidad neurológica más severo) y el resultado (como se documenta, antes de los 3 meses del inicio del GBS).

Escala de discapacidad de Hughes:

0 = Sano; 1 = Síntomas leves y capaz de correr; 2 = Capaz de caminar 10 m o más sin ayuda, pero no puede correr; 3 = Capaz de caminar 10 m en un espacio abierto sólo con ayuda; 4 = Postrado en cama o silla; 5 = Requiere respiración asistida durante una parte del día; 6 = Muerto.

ack.

ANEJO XVI A

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

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 o inicial

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

Falleció: Sí ☐ No ☐ No sabe ☐
Cambios de estatus mental Sí ☐ No ☐ No sabe ☐

2. Dirección residencial (física) completa del paciente

Dirección de la casa cap.

Urbanización/Sector/Edificio:

Número: Calle:

Municipio: Código postal:_ _ _ _ _ - _ _ _ _

Tel: Otro Tel:

Vive cerca de:

Nombre y dirección del trabajo:

3. Información demográfica del paciente:

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

Fecha Estimada de Parto Día_____/Mes_____/Año_____

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

¿Paciente sintomático? ☐ Sí ☐ No

Si está sintomático, fecha de primer(os) síntoma(s) Día Mes Año _____/_____/_____

	Fecha toma de muestra
Muestra de suero	_____/_____/_____
Otra muestra (especifique tipo_____)	_____/_____/_____
Otra muestra(especifique tipo:_____)	_____/_____/_____
Otra muestra(especifique tipo:_____)	_____/_____/_____

5. Información de contacto del médico

Médico que ordenó prueba - Nombre:

National Provider Identifier (NPI):

Tel: Fax: Email:

Dirección postal: Número: Calle:

Municipio: Código postal: _ _ _ _ _ - _ _ _ _

Hospital/Clínica/Laboratorio: Especialidad:

Médico primario - Nombre:

National Provider Identifier (NPI):

Tel.: Fax: Email:

Dirección postal: Número: Calle:

Municipio: Código postal:_ _ _ _ _ - _ _ _ _

Hospital/Clínica/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? _____

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

	Sí	No	No Sabe
Fiebre durante 2-7 días	☐	☐	☐
Fiebre alta (>38°C)	☐	☐	☐
Plaquetas ≤100,000/mm³	☐	☐	☐
Conteo de plaquetas: _____			
Alguna manifestación hemorrágica			
Petequias	☐	☐	☐
Equimosis o cardenales	☐	☐	☐
Vómitos con sangre	☐	☐	☐
Sangre en la escreta	☐	☐	☐
Hemorragia nasal	☐	☐	☐
Hemorragia en las encías	☐	☐	☐
Sangre en la orina	☐	☐	☐
Hemorragia vaginal	☐	☐	☐
Triatlás positivo (sobre 5 RBC/hpf o positivo para sangre)	☐	☐	☐

Prueba de Torniquete ☐ Pos ☐ Neg ☐ No se hizo

Síntomas	Sí	No	No sabe
Pulso acelerado y débil	☐	☐	☐
Palidez o piel fría	☐	☐	☐
Escalofríos	☐	☐	☐
Sarpullido	☐	☐	☐
Dolor de cabeza	☐	☐	☐
Dolor en los ojos	☐	☐	☐
Dolor en el cuerpo(músculo/huesos)	☐	☐	☐
Dolor de coyunturas	☐	☐	☐
Ansiedad	☐	☐	☐
Encefalitis/meningitis	☐	☐	☐
Infante (solamente)			
Microcefalia	☐	☐	☐
Calcificaciones intracraneales	☐	☐	☐
Otro defecto congénito Especifique_____	☐	☐	☐
Madre con resultado de Zika positivo o indeterminado	☐	☐	☐

Señales de alerta	Sí	No	No Sabe
Vómitos persistentes	☐	☐	☐
Dolor abdominal/sensibilidad	☐	☐	☐
Sangrado de las mucosas	☐	☐	☐
Letargia/Intranquilidad	☐	☐	☐
Agrandamiento del hígado >2cm	☐	☐	☐
Efusión pleural o abdominal	☐	☐	☐
Síntomas adicionales			
Diarrea	☐	☐	☐
Tos	☐	☐	☐
Conjuntivitis	☐	☐	☐
Congestión nasal	☐	☐	☐
Dolor de garganta	☐	☐	☐
Ictericia	☐	☐	☐
Convulsión o coma	☐	☐	☐
Náuseas y vómitos (ocasional)	☐	☐	☐
Artritis (coyunturas hinchadas)	☐	☐	☐

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

Número de Caso	Espécimen #	Días después 1er síntoma	Tipo	Fecha recibido
	S1			____/____/____
SAN ID / GCORE	S2			____/____/____
	S3			____/____/____
	S4			____/____/____

PRDOH REV. 2/2016

ack.

ANEJO XVI B

Today's date: Day_____/Month_____/Year_____

Check suspected arboviral infection (Check all that apply): ☐ Dengue ☐ Zika ☐ Chikungunya ☐ Other _____

ARBOVIRUS CASE INVESTIGATION FORM

Puerto Rico Public Health Laboratory, Department of Health
Building A – Second Floor, Medical Center Area
P.O. Box 70184, San Juan, PR 00926
Tel. (787)765-2929 ext. 3728, Fax (787) 274-5710

Please read and complete ALL sections. See instructions on back page.

1. Patient Data

Hospitalized due to this illness: No ☐ Yes ☐ → Hospital Name: Record Number:

Name of Patient: (Last Name / First Name / Middle Name or Initial)

If patient is a minor, name of father or primary caregiver: (Last Name / First Name / Middle Name or Initial)

Fatal: Yes ☐ No ☐ Unk ☐

Mental status changes: Yes ☐ No ☐ Unk ☐

2. Patient's Home (Physical) Address

Home address here

Housing Development/Building:

Number: Street:

City: Zip code: _____-____

Tel: Other Tel:

Residence is close to:

Work address:

3. Patient's Demographic Information

Date of Birth: ____/____/____ (Day / Month / Year) Age: _____ month or _____ years Sex: M ☐ F ☐

Pregnant: Y ☐ N ☐ UNK ☐

Weeks pregnant (gestation): ☐

Estimated Date of Delivery: Day ____ /Month ____ /Year ____

4. Patient Symptom Status and Onset/Date of Specimen

Patient symptomatic? ☐ Yes ☐ No

If symptomatic, date of first symptom(s): Day ____/Month ____/Year ____

Date specimen taken:

Serum sample ____/____/____

Other sample (Specify type: _____) ____/____/____

Other sample (Specify type: _____) ____/____/____

Other sample (Specify type: _____) ____/____/____

5. Physician contact information

Physician who ordered test - Name:

National Provider Identifier (NPI):

Tel: Fax: Email:

Mailing address: Number: Street:

City: Zip code: _____-____

Hospital/Clinic/Laboratory: Specialty:

Primary care doctor- Name:

National Provider Identifier (NPI):

Tel: Fax: Email:

Mailing address: Number: Street:

City: Zip code: _____-____

Hospital/Clinic/Laboratory: Specialty:

6. Who filled out this form?

Name: Relationship with patient:

Tel: Fax: Email:

7. Additional Patient Data

Country of Birth:

During the 14 days before onset of illness, did you TRAVEL to other municipalities, or countries?

☐ Yes, another country ☐ Yes, another municipality ☐ No ☐ Unknown

Where did you Travel?

8. Description of patient's signs and symptoms experienced at time of form completion

	Yes	No	Unk
Fever lasting 2-7 days	☐	☐	☐
Fever now(>38°C)	☐	☐	☐
Platelets ≤100,000/mm³	☐	☐	☐
Platelet count: _____			
Any hemorrhagic manifestation			
Petechiae	☐	☐	☐
Purpura/Ecchymosis	☐	☐	☐
Vomit with blood	☐	☐	☐
Blood in stool	☐	☐	☐
Nasal bleeding	☐	☐	☐
Bleeding gums	☐	☐	☐
Blood in urine	☐	☐	☐
Vaginal bleeding	☐	☐	☐
Positive urinalysis (over 5 RBC/hpf or positive for blood)	☐	☐	☐

Tourniquet test ☐ Pos ☐ Neg ☐ Not done

Symptoms	Yes	No	Unk
Rapid, weak pulse	☐	☐	☐
Pallor or cool skin	☐	☐	☐
Chills	☐	☐	☐
Rash	☐	☐	☐
Headache	☐	☐	☐
Eye pain	☐	☐	☐
Body (muscle/bone) pain	☐	☐	☐
Joint pain	☐	☐	☐
Anorexia	☐	☐	☐
Encephalitis/Meningitis	☐	☐	☐
Infant only			
Microcephaly	☐	☐	☐
Intracranial calcifications	☐	☐	☐
Other birth defect(s)	☐	☐	☐
Specify: _____			
Mother with positive or indeterminate Zika test exam	☐	☐	☐

Warning signs	Yes	No	Unk
Persistent vomiting	☐	☐	☐
Abdominal pain/Tenderness	☐	☐	☐
Mucosal bleeding	☐	☐	☐
Lethargy, restlessness	☐	☐	☐
Liver enlargement ≥2cm	☐	☐	☐
Pleural or abdominal effusion	☐	☐	☐
Additional symptoms			
Diarrhea	☐	☐	☐
Cough	☐	☐	☐
Conjunctivitis	☐	☐	☐
Nasal congestion	☐	☐	☐
Sore throat	☐	☐	☐
Jaundice	☐	☐	☐
Convulsion or coma	☐	☐	☐
Nausea and vomiting (occasional)	☐	☐	☐
Arthritis (swollen joints)	☐	☐	☐

9. For laboratory use

Case number

SAN ID GCODE

Specimen #	Days post onset (DPO)	Type	Date Received
S1			____/____/____
S2			____/____/____
S3			____/____/____
S4			____/____/____

PRPDH REV. 2/2016

acr.