

REPORTE CONFIDENCIAL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) y VIH PERINATALES

Favor enviar por FAX al 787-274-5579, o correo electrónico encriptado a josecolon@salud.pr.gov u otros métodos de reportes autorizados.
De conformidad con las Ordenes Administrativas **Número 585** del 18 de enero de 2024, "Para requerir la administración de pruebas para la detección de sífilis como parte del cuidado prenatal en respuesta al aumento de casos de sífilis congénita" y Orden Administrativa **Número 597** del 22 de octubre de 2024 u Orden Administrativa aplicable sobre el "Listado de Enfermedades y Condiciones de Salud Notificables al Departamento de Salud".

INFORMACIÓN DE PROVEEDOR DE SALUD

Nombre de proveedor : _____ Facilidad/Clinica: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fecha de reporte (mm/dd/aaaa): _____

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre completo: _____ Núm. Seguro Social: _____ Edad: _____ años
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Dirección física: _____
Municipio: _____ Código postal: _____ Etnicidad hispana o latina: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Persona contacto en caso de emergencia: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Embarazada: ☐ Sí ☐ No Núm. de semana de gestación _____ Fecha de primera visita prenatal (mm/dd/aaaa): _____
Último período menstrual o LMP (mm/dd/aaaa): _____ ☐ Se desconoce Núm. expediente médico: _____
Fecha aproximada de parto (mm/dd/aaaa): _____ Hospital de parto: _____
Embarazos previos: ☐ Sí ☐ No # embarazos: _____ Plan Médico: ☐ Privado ☐ Plan de Salud del Gobierno Aseguradora: _____

INFORMACIÓN DE LA INFECCIÓN

Diagnóstico o sospecha:

- ☐ Sífilis primaria
☐ Sífilis secundaria

Fecha de diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____

- ☐ sífilis temprana no primaria no secundaria ☐ Clamidia
☐ Sífilis tardía o de duración desconocida ☐ Gonorrea
☐ VIH

Tratamiento proporcionado: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Fecha de tratamiento (mm/dd/aaaa): _____

☐ Benzathine Penicillin G 2.4 mu IM x _____ week(s) ☐ Otro, especifique: _____

☐ Ceftriaxone 500mg IM x 1 dose ☐ Otro, especifique: _____

☐ Azithromycin 1g PO x 1 dose Tratamiento previo: ☐ Sí ☐ No Fecha tratamiento previo y Tipo Tx: _____

PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADAS

Tipo	Resultado	Fecha (mm/dd/aaaa)	Tipo	Resultado	Fecha (mm/dd/aaaa)
VDRL			EIA		
RPR			VIH, especifique:		
FTA- ABS			Otra, especifique:		
TP-PA			Otra, especifique:		

Nota: Favor de adjuntar a este formulario copia de los reportes de laboratorio relacionados a ETS.

INFORMACIÓN DE PAREJA

Nombre completo: _____ Núm. Seguro Social: _____ Edad: _____ años
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Dirección física: _____

En caso de tener preguntas o dudas, puede comunicarse con el siguiente personal:

Sr. José I. Colón García - Supervisor Sistema de Vigilancia ETS
Sra. Magda Ayala Bonilla - Coordinadora Perinatal ETS/VIH/HV
Act. 03/2025

Tel. 787-765-2929, Ext. 3585
Tel. 787-765-2929, Ext. 3598

email: josecolon@salud.pr.gov
email: magayala@salud.pr.gov