



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**

---

Departamento de Salud

## **Apéndice A – Orden Administrativa 358**



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.

**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

*ADR.*

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:**



**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.

*AR.*

**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 diagnóstico

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.

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).

Meningitis:

En el caso de los aislados para meningitis se debe enviar el organismo en agar chocolate en un tubo con rosca.

Tuberculosis:

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

*ppf.*

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 porcentaje de seropositividad para muestras de influenza realizadas, es obligatorio 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  $\geq 100^{\circ}\text{F}$  ( $\geq 37.8^{\circ}\text{C}$ ), 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

*OK.*

- 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:

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

*RR.*

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 Epidemiología e Investigación y/o a [GBS@salud.dr.gov](mailto:GBS@salud.dr.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](http://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 Rius Armendariz, 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 baumannii***; **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.

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.

*DR.*



## 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.
- RRR*
- 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 Baumannii	✓			✓	DE
Amebiasis ( <i>Entamoeba histolytica</i> )	✓				DE
Antrax ( <i>Bacillus anthracis</i> )			✓		DE
Brote de cualquier enfermedad <sup>1</sup>			✓		DE
Campilobacteriosis	✓				DE
Botulismo			✓		DE
<i>Chlamydia trachomatis</i>	✓				ETS
Chikungunya <sup>2</sup>	✓				DE
Ciclosporiasis	✓				DE
Ciguatera	✓				DE
<i>Clostridium difficile</i>				✓	DE
Óltera			✓		DE
Conjuntivitis		✓			DE
Cualquier enfermedad o condición no usual relacionado a evento biológico <sup>2</sup>			✓		DE
Cualquier enfermedad o condición no usual <sup>4</sup>			✓		DE
Creutzfeldt-Jacob (CJD)			✓		DE
Criptosporidiasis	✓				DE
Dengue <sup>5</sup>	✓				DE
Difteria			✓		DE
<i>E. coli</i> O157: H7	✓				DE
<i>E. coli</i> "Shiga- toxin producing <i>Escherichia coli</i> (incluye muestras positivas a Shiga-like toxin, otras <i>E. coli</i> O157 y <i>E. coli</i> non-O157")	✓				DE
Encefalitis	✓				DE
Enfermedad neuroinvasiva por virus del Nilo Occidental (West Nile Virus)			✓		DE
<i>Enterococcus spp</i> resistente a Vancomicina <sup>6</sup>				✓	DE
Enterobacteriaceae resistente a carbapenemasa <sup>7</sup>	✓			✓	DE
Enterovirus			✓		DE
Estomatitis	✓				DE
Fiebre Amarilla			✓		DE
Fiebre tifoidea ( <i>Salmonella typhi</i> , serogrupo D)	✓				DE
Gastroenteritis		✓			DE
Giardiasis	✓				ETS
Gonorrea	✓				DE
Guillain – Barré Syndrome <sup>8</sup> (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 <sup>9</sup>	✓				DE

### ANEJO I

- 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).
- 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.
- 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, Marburg), Toxina de Ricina, Hanta Virus, Virus Nipah.

<sup>4</sup>Incluye aquellas condiciones no mencionadas en la lista que no son usuales incluyendo pero no limitado a: Babesiosis, Coccidiodiomycosis, Anaplasmosis, Rickettsiosis.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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).

<sup>7</sup> Se debe reportar las siguientes bacterias resistentes a carbapenemasa (CRE, por sus siglas en inglés): *E. coli*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, que sean no-susceptibles (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.

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

<sup>9</sup> 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 <sup>10</sup>			✓		DE
Intoxicación alimentaria <sup>11</sup>			✓		DE
Legionelosis	✓				DE
Leptospirosis	✓				DE
Lepra	✓				DE
Listeriosis	✓				DE
Meningitis aseptica	✓				DE
Meningitis bacteriana	✓				DE
Meningitis otros <sup>12</sup>	✓				DE
Mielitis Fláccida Aguda (AFM)			✓		DE
Mordedura de animal			✓		DE/Salud Ambiental
<i>Neisseria meningitidis</i> (meningococo)			✓		DE
Paperas	✓				DE
Peste (bubónica, neumónica, septicémica)			✓		DE
Poliomielitis			✓		DE
Rabia, animal			✓		DE/Salud Ambiental
Rabia, humana			✓		DE
Salmonelosis	✓				DE
Sarampión alemán			✓		DE
Sarampión común			✓		DE
Shigelosis	✓				DE
Sifilis	✓				ETS
Sifilis Congénita			✓		
Síndromes gripales <sup>13</sup>		✓			DE
Síndrome Agudo Respiratorio (SARS)			✓		DE
Staphylococcus aureus con resistencia intermedia a Vancomicina <sup>4</sup>				✓	DE
Staphylococcus aureus con resistencia a Vancomicina <sup>15</sup>				✓	DE
Staphylococcus aureus con resistencia a Meticilina u Oxacilina <sup>16</sup>				✓	DE
Streptococcus pneumoniae infección invasivo.	✓				DE
Streptococcus pneumoniae resistente a penicilina <sup>17</sup>				✓	DE
Tétano			✓		DE
Tos ferina (Pertussis)			✓		DE
Triquinosis	✓				DE
Tuberculosis (enfermedad solamente, no incluye infección latente)			✓		Programa Tuberculosis
Tuberculosis latente (adultos y niños) <sup>18</sup>	✓				Programa Tuberculosis
Vañcela	✓				DE
Vañcela en trabajadores de la salud	✓				DE

ack

## ANEJO I ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES

- <sup>10</sup> Infección por un subtipo de virus de influenza A diferente a los subtipos identificados actualmente entre los humanos (H1 y H3).
- <sup>11</sup> Dos o más personas que han compartido una comida y desarrollan enfermedad aguda que pueda presentar con náusea, 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).
- <sup>12</sup> Incluye meningitis causada por hongos, parásitos o cualquier otro organismo identificado.
- <sup>13</sup> 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).
- <sup>14</sup> La disminución de 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).
- <sup>15</sup> 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).
- <sup>16</sup> 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).
- <sup>17</sup> 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).
- <sup>18</sup> 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 <sup>19</sup>	✓				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.

**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](mailto: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.



*ack*



## ANEXO 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			✓
<i>Bacillus anthracis</i> **	Antrax		✓
<i>Bordetella pertusis</i>	Tos ferina (Pertusis)		✓
<i>Campylobacter</i> spp *	Campilobacteriosis	✓	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamidia Infección	✓	
<i>Clostridium botulinum</i> *	Botulismo		✓
<i>Clostridium tetani</i>	Tétano		✓
<i>Corynebacterium diptheriae</i> *	Difteria		✓
<i>Coxiella burnetii</i>	Fiebre Q		✓
<i>Escherichia coli</i> O157:H7 *	E.coli o157:H7 infección	✓	
<i>E. coli</i> Shiga- toxin producing <i>Escherichia coli</i> incluye muestras positivas a Shiga-like toxin, otras <i>E. coli</i> O157 y <i>E. coli</i> non- O157*	Shiga toxin positive, serogroup non- O157	✓	
<i>Francisella tularensis</i>	Tularemia		✓
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (excepto de garganta o esputo)	H. influenza tipo B, (enfermedad invasiva)		✓
<i>Legionella</i> spp.	Legionelosis	✓	
<i>Leptospira</i> spp. *	Leptospirosis	✓	
<i>Listeria monocytogenes</i> *	Listeriosis	✓	
<i>Mycobacterium leprae</i>	Lepra	✓	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> *	Tuberculosis	✓	
<i>Neisseria gonorrea</i>	Gonorrea	✓	
<i>Neisseria meningitidis</i> * (excepto de garganta o esputo)	Meningococo (Invasivo)		✓
<i>Salmonella</i> spp. no <i>S. typhi</i> *	Salmonelosis	✓	
<i>Salmonella typhi</i> *	Fiebre tifoidea	✓	
<i>Shigella</i> spp. *	Shigelosis	✓	
<i>Streptococcus pneumonia</i> (excepto de garganta o esputo)	<i>Streptococcus pneumonia</i> (infección invasiva)	✓	
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	✓	
<i>Yersenia pestis</i> *	Peste		✓
<i>Vibrio cholerae</i> *	Cólera		✓

\* 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.

OK.

**CULTIVOS POSITIVOS PARA VIRUS, DETECCIÓN 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 <sup>20</sup>	VIIH Infección	✓	
Conteo de linfocitos CD4 + T4			
Resultados de pruebas diagnósticas			
Resultados de pruebas de detección carga viral			
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 cayatanensis*	Ciclosporiasis	✓	
Cryptosporidium spp.*	Criptosporidiasis	✓	
Cualquier parásito en CSF	Meningitis por parásito	✓	
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 <sup>21</sup>	✓

**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		✓

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

<sup>21</sup> 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		✓
Creutzfeldt-Jakob disease		✓
Rabia animal		✓
Rabia humana		✓

**PRUEBAS POSITIVAS DE RESISTENCIA A MICROORGANISMOS:**

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



Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio Salud

*ok.*

- <sup>22</sup> 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).
- <sup>23</sup> 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).
- <sup>24</sup> 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).
- <sup>25</sup> La resistencia al antibiótico Penicilina para la bacteria *Streptococcus pneumoniae* 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.
- <sup>26</sup> Se debe reportar las siguientes enterobacterias resistentes a carbapenemasa (CRE, por sus siglas en inglés): *E. coli*, *Enterobacteriaceae*, *Klebsiella spp.*, que sean no-susceptibles/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.
- <sup>27</sup> 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 Comunitarios 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://rcepa.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](mailto: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.

Quando el defecto congénito es diagnosticado en el feto de una mujer embarazada 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 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](mailto: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

**ANEJO III-A**

**SISTEMA DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS  
SECRETARÍA 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: (Circle)  Sí  No Condición de alta:  Vivo  Muerto

*all*

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

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.

SVPPDC – Rev. Sept/2013



**SISTEMA DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS  
SECRETARÍA 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 BEBENIÑO**

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Año Día Mes

Circunferencia de cabeza (24 horas o más de edad): \_\_\_\_\_ cm Fecha de la medida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Año Día Mes

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

Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Semanas y \_\_\_\_\_ Días Largo: \_\_\_\_\_ cm Peso: \_\_\_\_\_ gramos

*awp*

**C. DATOS DE LA MICROCEFALIA**

Periodo en que se identificó la microcefalia: \_\_\_\_\_ prenatal  nacer  post natal

Si prenatal: Edad gestacional cuando se identificó: \_\_\_\_\_ sem Si post-natal: Edad cuando se identificó: \_\_\_\_\_ meses

Asociada a algunos de los siguientes:

- |   |   |  |   |                               |
|---|---|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anencefalia            | <input type="checkbox"/> calcificaciones intracraneales | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis   | <input type="checkbox"/> HIV                      | <input type="checkbox"/> ZIKA |
| <input type="checkbox"/> espina bifida          | <input type="checkbox"/> hidrocefalia ex-vacuuo         | <input type="checkbox"/> Rubella         | <input type="checkbox"/> Sífilis                  |                               |
| <input type="checkbox"/> encefalocel            | <input type="checkbox"/> hidranencefalia                | <input type="checkbox"/> Citomegalovirus | <input type="checkbox"/> anomalias                |                               |
| <input type="checkbox"/> cromosómicas/genéticas |   |  |   |                               |
| <input type="checkbox"/> lisencefalia           | <input type="checkbox"/> holoprosencefalia              | <input type="checkbox"/> Herpes          | <input type="checkbox"/> exposición a teratogenos |                               |
| <input type="checkbox"/> 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.



**ANEXO IV**

**INFORME CONFIDENCIAL ENFERMEDADES TRANSMISIBLES  
CATEGORIA I: INFORME INDIVIDUAL DE CASOS**

DS-2 -01/03

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

**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, REGLAMENTA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SU PROPAGACIÓN. LA SECCIÓN 350-1504 DE DICHA LEY ESTABLECE EL MODO DE HACER LA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES AL DEPARTAMENTO DE SALUD. LA MISMA INDICA QUE DEBERÁ REALIZARSE EN LOS CASOS DE MAYOR VIRULENCIA, PERSONALMENTE, POR TELEFONO, CON CARGOS AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ADEMÁS POR ESCRITO; SIEMPRE UTILIZANDO LAS HOJAS SUMINISTRADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD. EN DICHA COMUNICACIÓN SE HARÁ 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

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

*adp*

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



DEPARTAMENTO DE SALUD  
Department of Health

ANEXO 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

*ase*  
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





ANEJO VII

**ASILADO 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 ■ Facsimile: (787) 274-7751

Fecha de envío: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nombre de Persona que Refiere: \_\_\_\_\_  
Mes/ Día/ 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/Día/ Año

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_ Muestra Original (orina, excreta, etc.) \_\_\_\_\_

Fecha de Toma de Muestra: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fecha de Aislado Organismo: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Mes/ Día/ Año Mes/ Día/ 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 \_\_\_\_\_ Específique Otras: \_\_\_\_\_

Método de Identificación:  
API \_\_\_\_\_ Automatizado (específique) \_\_\_\_\_ Otro (específique) \_\_\_\_\_

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA RELEVANTE: Caso relacionado a:

- Brote Epidemiológico
- Intoxicación por Alimentos
- Exposición en Viaje
- Contacto con animales
- Otro (específique) \_\_\_\_\_

*ack*



**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.**

<b>I. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR</b>	
Hospital: _____	Fecha de reporte _____ mes/ día / año
Nombre de la persona que reporta: _____	
<b>II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA</b>	
Apellido paterno: _____	Apellido materno: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ mes/día/año	Edad: _____ en años/meses/semanas
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Embarazada, especifique semana gestación _____	
Dirección: Urb. O Barrio _____	
Calle: _____	Número: _____
Pueblo: _____	Zip-Code: _____
Tel casa: (____)____-____	
<b>III. INFORMACIÓN ADMISIÓN</b>	
Fecha de comienzo de síntomas: ____/____/____ mes/día/Año	Fecha de Admisión: ____/____/____ mes/día/año
Fecha de Admisión: ____/____/____ mes/día/año	Dx. Admisión: _____
Fecha de Admisión: ____/____/____ mes/día/año	Fecha de Alta: ____/____/____ mes/día/año
¿El paciente fue trasladado de otro hospital? <input type="checkbox"/> Sí, nombre facilidad: _____ <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí, lugar: _____ <input type="checkbox"/> No	
Fecha salida: ____/____/____ Fecha regreso: ____/____/____ mes/día/año mes/día/año	
¿El paciente tuvo contacto con aves o cerdos? <input type="checkbox"/> Sí, tipo de animal: _____ <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
De contestar si, indique profesión y lugar de trabajo: _____	
<b>Manifestación de síntomas o complicaciones:</b>	
Fiebre ( $\geq 38^{\circ}$ C ó 100°F): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Temperatura _____, Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Escalofríos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dolor muscular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Diarrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Tos seca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Mareos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Erupción (Rash) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Fatiga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dificultad al respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Taquipnea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Rales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Vómitos o Náuseas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Pulmonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Otros: _____	
<b>IV. RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POSITIVAS A INFLUENZA</b>	
¿Se le realizó una prueba rápida de influenza? No <input type="checkbox"/> Sí, fecha: ____/____/____ ¿Enviada al Lab. (LSPPR)? Cologre ID muestra _____ mes/día / año ¿Prueba realizada en la institución hospitalaria?	
Especifique el resultado: <input type="checkbox"/> + Influenza A <input type="checkbox"/> + Influenza B <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Rechazada	
<b>EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS</b>	
<b>V. HISTORIAL ADMISIÓN E HISTORIAL FÍSICO</b>	
Peso (en libras): _____ Estatura: _____ (pies/pulgadas) BMI: _____	
¿Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones?	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística
<input type="checkbox"/> Condición sistema inmune (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Alguna enfermedad crónica pulmonar (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Síndrome Guillain-Barre
<input type="checkbox"/> Enf. Cardiovascular crónica (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Historial de cáncer
<input type="checkbox"/> Enf. Metabólica Crónica (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Desorden neuromuscular

*AR*

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 bacteriana 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*



**ANEXO 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

**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 \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

**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  
Meto 787-751-8381, Fax 787-281-6144  
Ponce 787-841-5058, Fax 787-813-1712

*adp.*





**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 aislada a una temperatura de 4°C con empaques de hielo ("ice packs"). No se debe utilizar hielo. Dentro de la nevera debe colocarse 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

*RRR*

**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

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR DEL LABORATORIO Y # DE LICENCIA

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TECNÓLOGO MÉDICO Y # DE LICENCIA

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

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:		<input type="checkbox"/>	LAB. DE REFERENCIA: SI ___ NO ___							
HOSPITAL:		<input type="checkbox"/>								
CORRECCIONAL:		<input type="checkbox"/>	AREA: _____		FONDOS FEDERALES:		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>		
HOGAR O ALBERGUE:		<input type="checkbox"/>	PACIENTE RESIDE EN LUGAR: SI ___ NO ___		FONDOS FEDERALES:		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>		
CLINICA:		<input type="checkbox"/>	NOMBRE DE CLINICA: _____		FONDOS FEDERALES:		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>		
NOMBRE COMPLETO	SEXO	FECHA NACIM.	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
	m/f	m/d/año						EIA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
								EIA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
								EIA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
								EIA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
								EIA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
								EIA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
								EIA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
								EIA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
								EIA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
						MEDICO:		Tel.		
						MEDICO:		Tel.		
						MEDICO:		Tel.		
						MEDICO:		Tel.		
						MEDICO:		Tel.		
						MEDICO:		Tel.		
						MEDICO:		Tel.		
						MEDICO:		Tel.		
						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)



**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.

*ack.*

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					

\_\_\_\_\_  
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 Epidemiología e Investigación  
P. O. BOX 70184, San Juan, Puerto Rico 00936-8184  
Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3552 Fax (787) 751-693



**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  
Facsimile: (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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ en años/meses/semanas  
 Género:  Masculino  Femenino  Embarazada, especifique semana gestación \_\_\_\_\_  
 Dirección física: Urb. o Barrio \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Tel. casa: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Zip-Code: \_\_\_\_\_ Tel. celular: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Pueblo: \_\_\_\_\_

**III. INFORMACIÓN CLÍNICA (REQUISITO INDISPENSABLE PARA PROCESAMIENTO)**

Fecha del primer sintoma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Hospitalizado  Ambulatorio  
 Fiebre ( $\geq 38^{\circ}$  C ó  $100^{\circ}$ F):  Sí  No Dolor de garganta:  Sí  No Escalofríos:  Sí  No  
 Temperatura: \_\_\_\_\_ 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? Sí, Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 mes día año

**IV. INFORMACIÓN DEL LABORATORIO/HOSPITAL QUE REFIERE**

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de muestra: \_\_\_\_\_  
 \*Prueba realizada(si alguna): \_\_\_\_ mes día año \*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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Muestra Rechazada:  SI  NO  
 mes día año  
 Comentarios: \_\_\_\_\_  
 Número del LSPPR: \_\_\_\_\_  
 Prueba realizada en el LSPPR: \_\_\_\_\_  
 REAL TIME – RT PCR  
 MT \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Julio 2016

*ace*



ANEJO XIV

Tabla de Procedimientos para la colección de muestras relacionadas a la investigación de brotes ETA <sup>1</sup>

	Tipo de Muestra	Envase	Toma de muestras/Volumen mínimo	Transportación
Bacterias	Garganta	Hisopo con medio de transporte Cary Blair	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presionar lengua con depresor</li> <li>2. Frotar área tonsilar y la úvula</li> <li>3. Evitar tocar: lengua, encía y dientes con hisopo</li> <li>4. Colocar en envase con medio de transporte</li> </ol>	Temperatura ambiente. NO REFRIGERAR
	Nariz	Hisopo con medio de transporte Cary Blair	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar hisopo cuidadosamente, aprox. 1 cm dentro de los orificios nasales</li> </ol>	Temperatura ambiente. NO REFRIGERAR
	Excreta Rectal	Hisopo con medio de transporte Cary Blair	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuidadosamente insertar hisopo 1" por el esfínter</li> <li>2. Observar material fecal</li> <li>3. Colocar en envase con medio de transporte</li> </ol>	$\leq 2$ horas a temperatura ambiente $\leq 24$ horas at 4°C*
	Excreta Completa	Envase con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colectar una porción de muestra en el envase</li> </ol>	$\leq 24$ 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colectar alrededor <b>2 gramos</b> de excreta formada o <b>10cc</b> de diarrea</li> </ol>	$\leq 24$ horas a temperatura ambiente
Virus	Excreta Completa	Envase con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colectar <b>10-50cc</b> de excrete/diarrea</li> </ol>	$\leq 24$ horas at 2-8°C*
	Vómito	Envase con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colectar <b>10-50cc</b> of vómito</li> </ol>	$\leq 24$ horas at 2-8°C*
Todo**	Excreta Completa	Envase con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colectar <b>10-50cc</b> de excrete/diarrea</li> </ol>	$\leq 24$ horas at 2-8°C*

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

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

<sup>1</sup> 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](mailto:laura.castro@salud.pr.gov)



OCR.



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

Laboratorio de Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico, Edificio A - 2do Piso, Área de Centro Médico, San Juan, PR 00925; GBS@salud.pr.gov; Fax: (787) 705-2495

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 Información mínima requerida (Secciones I-VI)

**Complete las secciones I-VI e Informe lo antes posible.**

**I. Datos del Paciente**

Nombre del Paciente	Nombre	Apellido	Nombre	Sexo:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Apellido	Nombre	Nombre	Nombre	Fecha de Nacimiento:	____/____/____	____/____/____
Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado:			Apellidos	Nombre	Edad de Nacimiento: _____	

**II. Dirección Física**

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital y Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_

Otro Tel: \_\_\_\_\_

**IV. Presentación Actual**

Comienzo de síntomas neurológicos	SI	NO	NS	Dificultad al hablar o tragar	SI	NO	NS
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Reflexos deprimidos/aumentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Episodios breves de CBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Disautonomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Otrosíntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Dificultad facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Débilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Disfagia para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio de síntomas neurológicos	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Embotamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si su respuesta es SI, señale los síntomas: \_\_\_\_\_

**V. Condición/estado durante los últimos 2 meses**

Comienzo de la enfermedad neurológica	SI	NO	NS	Dolor de porridge	SI	NO	NS
Comienzo de la enfermedad neurológica	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Relajación/Aumento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comienzo de la enfermedad neurológica	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comienzo de la enfermedad neurológica	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comienzo de la enfermedad neurológica	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Vacunación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comienzo de la enfermedad neurológica	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Método de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comienzo de la enfermedad neurológica	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Accidental o estro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comienzo de la enfermedad neurológica	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comienzo de la enfermedad neurológica	____/____/____	____/____/____	____/____/____	Uso intratecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si su respuesta es SI, qué tipo: \_\_\_\_\_

Si su respuesta es SI, señale los síntomas: \_\_\_\_\_

**Complete a los datos está disponibles.**

**VII. Datos Adicionales**

Proteínas (mg/dl)	Glucosa (mg/dl)	Índice de IgG	Bands oligoclonales	Índice de IgG
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

**VIII. Estudios electrofisiológicos**

ALDP	AMSN	AMAN	AVAN	NO evaluado	NO es CBS	Cuestiones técnicas
<input type="checkbox"/>						

**IX. Resultado**

Hospitalizado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Resultado	Cura	<input type="checkbox"/>	Muerto	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**X. Para uso del laboratorio**

Número de caso	Número de muestra	Día después de comienzo	Tipo	Fecha recibida	Número de muestra	Día después de comienzo	Tipo	Estado recibido
SANID	CCODE	51	52	53	54	55	56	57

*OK*

### 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 previas 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 VIII:**

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

AMMAN: 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.

*OK.*

ANEXO XVII A

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. 3726, Fax (787) 274-5710



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

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

1. Datos del paciente

La hospitalización por esta enfermedad:  No  SI → Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido(s) completo

Sexo:  M  F

Nombre

Seguro de salud (opcional)

Falleció:  SI  No  No sabe   
 Cambios de estado mental  SI  No  No sabe

SI el paciente es un menor, nombre del padre o encargado: \_\_\_\_\_

2. Dirección residencial (física) completa del paciente

Urbanización/Sector/Edificio: \_\_\_\_\_

Asiento del edificio

Médico que ordenó prueba: - Nombre: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Nacional Provider Identifier (NPI): \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Municipio: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

Otro Tel: \_\_\_\_\_

Dirección postal: Número: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Vive cerca de: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Hospital/Clinica/Laboratorio: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

3. Información demográfica del paciente

Fecha de nacimiento: Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo:  M  F

Edad: \_\_\_\_\_ años Embarazada:  SI  NO  NS

Fecha estimada de parto: Día: \_\_\_\_/Mes: \_\_\_\_/Año: \_\_\_\_

Nacional Provider Identifier (NPI): \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Sexo:  M  F

Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

SI está sintomático, fecha de primer(a) síntoma(s): \_\_\_\_\_

Fecha fecha de sintoma: \_\_\_\_\_

Dirección postal: Número: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

4. Estudios de síntomas e inicio/fecha de la muestra

¿Paciente sintomático?  SI  No  No sabe

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Nombre: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Muestra de suero: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Otro muestra(es) específica tipo: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Otro muestra(es) específica tipo: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

5. Información de contacto del médico

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s) completo

Sexo:  M  F

Nombre

Seguro de salud (opcional)

Falleció:  SI  No  No sabe   
 Cambios de estado mental  SI  No  No sabe

6. Descripción de signos y síntomas que tuvo el paciente al momento de completar esta formulario

¿Puede dar un ejemplo de cada síntoma?  SI  No  No sabe

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Nombre: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

Síntoma: \_\_\_\_\_

Fecha fecha de muestra: \_\_\_\_\_

SI  SI  No  No sabe

Tel: \_\_\_\_\_

SI  No  No sabe

FORM 001 REV. 2015

OK



**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. 3720, Fax (787) 274-5710

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

Record Number

**1. Patient Data**

Hospitalized due to this illness: No  Yes  Hospital Name:

Name of Patient: (Last Name) \_\_\_\_\_ (First Name) \_\_\_\_\_  
 If patient is a minor, name of father or primary caregiver: \_\_\_\_\_ (Last Name) \_\_\_\_\_ (First Name) \_\_\_\_\_

Medical Number or ID# \_\_\_\_\_  
 Mailing Number or ID# \_\_\_\_\_  
 Federal: Yes  No  Other   
 Mental status changed: Yes  No  Other

**2. Patient's Home (Physical) Address**

Housing Development/Building: \_\_\_\_\_  
 Number: \_\_\_\_\_ Street: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Other Tel: \_\_\_\_\_  
 Residence is close to: \_\_\_\_\_  
 Home address here

**3. Patient's Demographic Information**

Physician who ordered test - Name: \_\_\_\_\_  
 National Provider Identifier (NPI): \_\_\_\_\_  
 Sex: \_\_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_ Ethnic: \_\_\_\_\_  
 Mailing address: Number: \_\_\_\_\_ Street: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_  
 Hospital/Clinic/Laboratory: \_\_\_\_\_ Specialty: \_\_\_\_\_  
 Primary care doctor- Name: \_\_\_\_\_  
 National Provider Identifier (NPI): \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Mailing address: Number: \_\_\_\_\_ Street: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_  
 Hospital/Clinic/Laboratory: \_\_\_\_\_ Specialty: \_\_\_\_\_

**4. Patient Symptom Status and Onset/Onset Specimen**

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ months \_\_\_\_\_ years \_\_\_\_\_ Sex:  M  F  
 Day: \_\_\_\_\_ Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_  
 Estimated Date of Delivery Day: \_\_\_\_\_ Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_  
 Gestational Age: \_\_\_\_\_ weeks \_\_\_\_\_ days \_\_\_\_\_  
 Patient symptomatic? Yes  No   
 If symptomatic, date of first symptom(s): \_\_\_\_\_  
 Serum sample: \_\_\_\_\_ Date specimen taken: \_\_\_\_\_  
 Other sample (Specify type): \_\_\_\_\_  
 Other sample (Specify type): \_\_\_\_\_

**5. Who filed out this form?**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship with patient: \_\_\_\_\_  
 Title: \_\_\_\_\_  
 Country of Birth: \_\_\_\_\_  
 During the 14 days before onset of illness, did you TRAVEL to other municipalities, or countries?  
 Yes, another country  No  Unknown  
 Where did you travel? \_\_\_\_\_

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

	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Febrile/rating 2-7 days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdominal vomiting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fever now/28°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Redness of face/eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdominal pain/tenderness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscle aches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck stiffness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck stiffness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. For laboratory use**

Specimen I	Days post onset (DPO)	Type	Date Received	Specimen II	Days post onset (DPO)	Type	Date Received
SAN ID	S1			S3			
	S2			S4			

all.