



Fecha de toma de muestra: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_ : \_\_\_

Tipo de servicio: Búsqueda  Seguimiento

**FOLIO N1:**

Servicio de origen: Programa  Operativo  Proyecto

**FOLIO N1 CASO:**

Nombre del servicio de origen: \_\_\_\_\_

**Persona que realiza la actividad**

Brigada, unidad o adscripción: \_\_\_\_\_ Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

**Domicilio del paciente**

Número CNEP: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad/Colonia: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ No. exterior: \_\_\_\_\_ No. interior: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Datos del paciente**

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: Masculino  Femenino  Peso: \_\_\_\_\_ kgs.

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

Estancia: Residente  Temporal  Periodo de estancia: Días antes: \_\_\_\_\_ Días después: \_\_\_\_\_ Indefinido

Procedencia: Local  Estatal  Nacional  Extranjero

Está embarazada: Sí  No  Seguro Popular: Sí  No  Número de afiliación: \_\_\_\_\_

**Detectado por:** Consulta externa  FUR: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
 Banco de sangre   
 Búsqueda activa  FPP: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
 Asociación epidemiológica

**Signos y Síntomas:**

Presentes   
Ausentes

- Fiebre actual
- Fiebre reciente (30 días)
- Astenia
- Erupción cutánea
- Palpitaciones
- Mialgias
- Hepatoesplenomegalia
- Taquicardia
- Disnea
- Dolor torácico
- Linfadenopatía
- Bajo peso al nacer
- Ictericia
- Edema
- Distagia
- Pirosis
- Dispepsia
- Vómito Gástrico
- Constipación
- Otro

**Datos patognomónicos:**

Presentes  Ausentes  Fecha de aparición \_\_\_\_\_  
 Hinchazón bpalpebral (Signo de Romaña) \_\_\_\_\_  
 Chagoma de inoculación \_\_\_\_\_

**Muestra**

Acopio de tratoma	Probitis y/o gota gruesa	Papel filtro con sangre	Sanguínea	Número y/o folio de laminilla o tubo de la muestra
No. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No. 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No. 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No. 6	<input type="checkbox"/>	Cantidad		

**Tutor o testigo del paciente**

Sexo: Masc.  Fem.

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

Tipo de ID: Sin ID  INE  Pasaporte  Oportunidades  Cartilla de salud  Clave: \_\_\_\_\_

Relación: Padre/Madre  Otro familiar   
 Padrastro/Madrastra  Profesor(a)   
 Hijo(a)  Conocido(a)   
 Tío(a)  Vecino(a)   
 Abuelo(a)

**Domicilio alterno del paciente** \* Llenar en caso de no ser residente del domicilio trabajado

Número CNEP: \_\_\_\_\_  
 País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad/Colonia: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Fraccionamiento: \_\_\_\_\_  
 No. exterior: \_\_\_\_\_ No. interior: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
 Referencia de ubicación: \_\_\_\_\_