SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

01 Servicio o Intervención a Personas
02 Tratamientos
006 Tarjeta de registo y control de caso

Secretaría de Salud 09
Programas Preventivos y Control de Enfermedades 02
Chagas 03

Estado: ______________________ Jurisdicción: ______________________

Municipio: ______________________ Localidad: ______________________

Unidad Médica: ______________________ **FOLIO DEL CASO:**

Datos de indentificación

Nombre completo: ______________________ CURP: ______________________ Sexo: Masculino ○ Femenino ○

Edad: __________ Domicilio: ______________________ Ocupación: ______________________ Peso: __________

Está embarazada: Sí ○ No ○ Diagnóstico: ______________________ Fecha de diagnóstico: ______________________

Seguro popular: Sí ○ No ○ Número: ______________________

Detectado por:
- Consulta externa ○
- Banco de sangre ○
- Búsqueda activa ○
- Asociación epidemiológica ○
- Papel filtro(Ruta inversa) ○

Infección por:
- Vector ○
- Transfusión ○
- Congénito ○
- Contacto con material biológico ○
- Transplante ○
- Otro: ______________

Confirmado por:
- Serología ○
- Parasitoscópico directo ○

Tratamiento

Fecha de inicio: ______________ Fecha de término: ______________ Medicamento: ______________ Lote: ______________

Causa de término:
- Fin de esquema ○
- Renuencia ○
- Migración ○
- Defuncion ○
- Otro: ______________

Esquema:
Duración: ______________
Periodo: ______________
Dosis: ______________

Clasificación de la enfermedad:
- Aguda ○
- Crónica asintomática ○
- Crónica sintomática ○
- Cardiaca ○
- Digestiva ○

				Medicamento			Reacciones adversas									
No.	Día	Hora	Peso	Nifurtimox	Benznidazol	Benznidazol pediatrico	Fiebre	Anorexia	Náusea / Vómito	Cefalea	Temblor	Parestesia	Convulsiones	Otro	Renuente	Reingreso
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

				Medicamento			Reacciones adversas									
No.	Día	Hora	Peso	Nifurtimox	Benznidazol	Benznidazol pediatrico	Fiebre	Anorexia	Náusea / Vómito	Cefalea	Temblor	Parestesia	Convulsiones	Otro	Renuente	Reingreso
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		___ : ___		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○