

Fecha: _____ Hora: _____

FOLIO C1:

Institución Notificante:

SSA IMSS ISSSTE DIF SEDENA PEMEX SEMAR Notificante Voluntario

Otra _____

Datos del paciente

Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Nombre (s) _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Peso: _____ kgs.

Seguro Popular: Sí No Número de afiliación: _____

Domicilio de la agresión

Código DDSS/CNEP: _____ Estado: _____

Municipio: _____ Localidad: _____

Colonia: _____ Calle: _____

No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____

Ocupación:

Ama de casa Estudiante Obrero Comerciante Profesionista Desempleado Otra _____

Lugar de la agresión:

Vivienda Campo Fábrica Oficina Escuela Otro _____

Sitio de la agresión:

Intradomiciliar:	Recámara <input type="radio"/>	Peridomiciliar:	Patio <input type="radio"/>
	Cocina <input type="radio"/>		Anexo <input type="radio"/>
	Baño <input type="radio"/>		Barda <input type="radio"/>
	Estancia <input type="radio"/>		
	Otro _____ <input type="radio"/>		Otro _____ <input type="radio"/>

Actividad que realizaba:

Trabajo Reposo Alimentación Esparcimiento Otro _____

Datos de la agresión

Fecha de la agresión: _____ Hora: _____

Región de la picadura: Cabeza

			Cuello <input type="radio"/>
			Tronco <input type="radio"/>
Sitio donde estaba el alacrán:	Piso <input type="radio"/>	Muebles <input type="radio"/>	Granos o alimentos <input type="radio"/>
	Pared <input type="radio"/>	Cuadros <input type="radio"/>	Leña o madera <input type="radio"/>
	Techo <input type="radio"/>	Maleza <input type="radio"/>	Basura y/o cacharros <input type="radio"/>
	Ropa y/o zapatos <input type="radio"/>	Arboles y/o palmas <input type="radio"/>	Materiales de construcción <input type="radio"/>
			Miembro Sup. Izq. <input type="radio"/>
			Miembro Sup. Der. <input type="radio"/>
			Miembro Inf. Izq. <input type="radio"/>
			Miembro Inf. Der. <input type="radio"/>

Signos y síntomas

¿Hay disminución de la temperatura en el sitio de la picadura? Sí No

Grado 1

Dolor local <input type="radio"/>	Sialorrea (hipersecreción salival) <input type="radio"/>	Miosis (pupilas pequeñas) <input type="radio"/>
Parestesias locales (hormigueo) <input type="radio"/>	Sensación de cuerpo extraño en faringe <input type="radio"/>	Midriasis (pupilas grandes) <input type="radio"/>
Prurito (comezón en el área) <input type="radio"/>	Disfagia (dificultad para tragar) <input type="radio"/>	Fotofobia (rechazo a la luz) <input type="radio"/>
Inquietud leve <input type="radio"/>	Fasciculaciones (temblor en la lengua) <input type="radio"/>	Nistagmus (movimientos rápidos de los ojos) <input type="radio"/>
	Sensación de sequedad de boca <input type="radio"/>	Dislalia (dificultad para hablar) <input type="radio"/>

Grado 2

Llanto en menores de 5 años <input type="radio"/>	Taquicardia <input type="radio"/>	Cianosis peribucal <input type="radio"/>
Angustia <input type="radio"/>	Disnea (dificultad para respirar) <input type="radio"/>	Convulsiones <input type="radio"/>
Cefalea (dolor de cabeza) <input type="radio"/>	Distensión abdominal <input type="radio"/>	Amaurosis (ceguera) temporal <input type="radio"/>
Epífora (lagrimeo) <input type="radio"/>	Dolores abdominales y musculares <input type="radio"/>	Bradicardia (disminución de frecuencia cardiaca) <input type="radio"/>
Enrojecimiento ocular <input type="radio"/>	Priapismo (erección involuntaria del pene) <input type="radio"/>	Arritmias cardiacas <input type="radio"/>
Prurito en nariz boca y garganta <input type="radio"/>	Prurito vulvar (comezón genitales femeninos) <input type="radio"/>	Dolor retroesternal <input type="radio"/>

Grado 3

Estornudos <input type="radio"/>	Hipertensión arterial <input type="radio"/>	Inconsciencia <input type="radio"/>
Rinorrea (hipersecreción nasal) <input type="radio"/>	Fiebre o hipotermia <input type="radio"/>	Falla orgánica múltiple <input type="radio"/>
		Coma <input type="radio"/>

Antecedentes Relevantes

¿Recibió tratamiento tradicional? Sí No ¿Cuál?: _____

¿Recibió algún medicamento? Sí Analgésicos Antihistamínicos Corticosteroides Otro: _____
No

¿Recibió tratamiento faboterápico? Sí No ¿Cuántas veces?: 1 2 3 4 5 Más de 5

¿Ha tomado o está tomando algún bloqueador H2 (bloqueadores de bomba)? Sí No

Picaduras anteriores: Sí No ¿Cuántas veces?: 1 2 3 4 5 Más de 5

¿Recibió tratamiento faboterápico con anterioridad? Sí No ¿Cuántas veces?: 1 2 3 4 5 Más de 5

Tratamiento faboterápico

Nota: No existe contraindicación de tratamiento faboterápico en mujeres embarazadas o lactando.

No. de frasco	Hora de aplicación	Lote	Folio	Fecha de caducidad	Intramuscular	Intravenosa
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__ : __			__ / __ / __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hospitalización

Sí No

Tiempo de hospitalización: _____

Evolución

Recuperación: Defunción:

Fecha: _____ No. de certificado: _____

Tiempo estimado desde hora picadura: _____

¿Fue referido a otra unidad de salud?

Sí No

Nombre: _____

Persona que supervisa la actividad

Unidad, brigada o adscripción: _____

Nombre completo: _____

Supervisión:

Directa

Indirecta

Nombre y firma del responsable

Persona que realiza la actividad

Unidad, brigada o adscripción: _____

Nombre completo: _____

Firma

Persona que realiza la actividad

Unidad, brigada o adscripción: _____

Nombre completo: _____

Firma