



Fecha de toma de muestra: _____ Hora: _____

FOLIO N1:

Tipo de servicio: Búsqueda Seguimiento

FOLIO N1 CASO:

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

Signos y síntomas

Presentes <input type="radio"/>	Lesiones en piel <input type="radio"/>	Sangrado de nariz <input type="radio"/>	Anorexia (pérdida de apetito) <input type="radio"/>
Ausentes <input type="radio"/>	Dolor en lesión <input type="radio"/>	Destrucción de nariz <input type="radio"/>	Diarrea <input type="radio"/>
	Costras serohemáticas <input type="radio"/>	Destrucción de paladar <input type="radio"/>	Inflamación de los ganglios <input type="radio"/>
	Prurito (comezón) <input type="radio"/>	Destrucción de faringe <input type="radio"/>	Crecimiento de hígado/bazo <input type="radio"/>
	Sensación de obstrucción nasal <input type="radio"/>	Fiebre <input type="radio"/>	Otro: _____ <input type="radio"/>
	Inflamación de la nariz <input type="radio"/>	Malestar general <input type="radio"/>	
	Flujo nasal con sangre <input type="radio"/>	Pérdida de peso <input type="radio"/>	

Tutor o testigo del paciente

Sexo: Masculino Femenino

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

Tipo de ID:	Sin ID <input type="radio"/>	Relación:	Padre/Madre <input type="radio"/>	Otro familiar <input type="radio"/>
	INE <input type="radio"/>		Padrastra/Madrastra <input type="radio"/>	Profesor(a) <input type="radio"/>
	Pasaporte <input type="radio"/>		Hijo(a) <input type="radio"/>	Conocido(a) <input type="radio"/>
	Oportunidades <input type="radio"/>		Tío(a) <input type="radio"/>	Vecino(a) <input type="radio"/>
	Cartilla de salud <input type="radio"/>		Abuelo(a) <input type="radio"/>	

Clave: _____

Domicilio alternativo 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: _____

Diagnóstico probable

LCL

LMC

LCD

LV

Lesiones

Generalizadas: Sí

Fecha de aparición: _____

Úlceras (Llagas)	Nódulos y/o papulas	Lesiones atípicas	Lesiones infiltradas	Cicatrices	Dstrucción de tejido	Infección agregada
<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"/>

Fecha de aparición	Duración en días	Múltiples regiones	Localizado	Región	Posición	No. de lesiones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Muestra

Impronta	Biopsia	Sanguinea	Aspirado de lesión
<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"/>

No. 1
No. 2
No. 3
No. 4
No. 5
No. 6
No. 7

Número y/o folio de laminilla o tubo de la muestra

Intradermoreacción

Se aplicó IDR: Sí No

Aplicación: _____

Lectura: _____

Lectura: _____

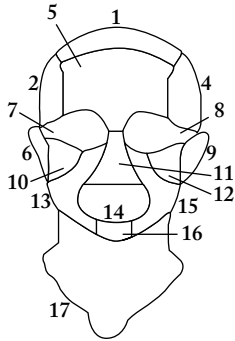
Fecha

Hora

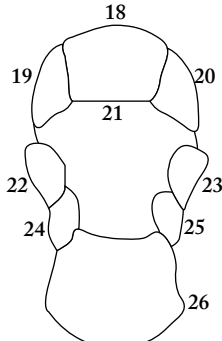
Resultado

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/>

Región 1

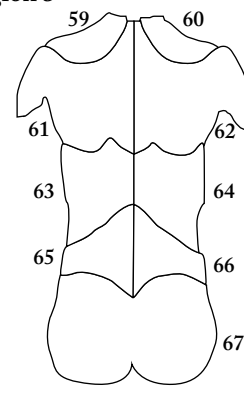
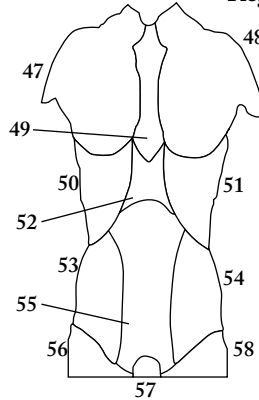


Frontal



Dorsal

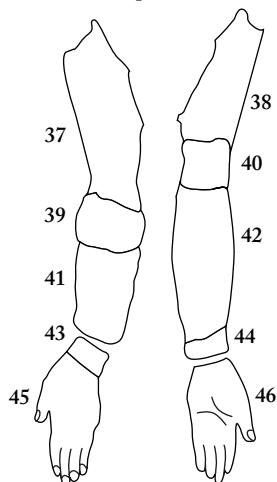
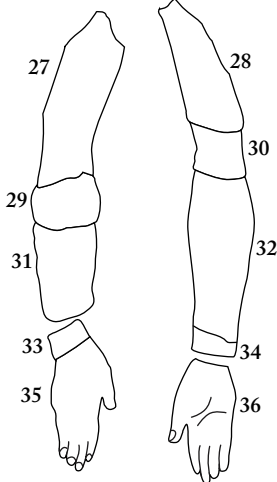
Región 3



Región 2

Derecha

Izquierda



Dorsal

Frontal

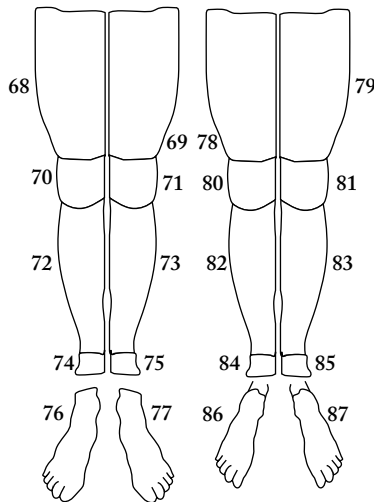
Dorsal

Frontal

Región 4

Frontal

Dorsal



Símbolo	Lesión	Cantidad
①	Úlceras:	<input type="text"/>
②	Nódulos y/o papulas:	<input type="text"/>
③	Lesiones atípicas:	<input type="text"/>
④	Lesiones infiltradas:	<input type="text"/>
⑤	Cicatrices:	<input type="text"/>
⑥	Dstrucción de tejido:	<input type="text"/>