



# C1 - Investigación de Caso

Fecha de llenado: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Distrito: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_

**FOLIO C1:**

**FOLIO N1-CASO:**

## Datos del caso

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_  
Nombre(s): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad : \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Peso: \_\_\_\_\_ kgs. No. convivientes: \_\_\_\_\_  
Ocupación:  Campo  Ama de casa  Comerciante  Desempleado  Estudiante  Obrero

## Datos preliminares (N1):

Fecha probable de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_  
Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_\_  
Fecha de observación: \_\_\_\_\_  
 Profesionista  Otra: \_\_\_\_\_

## Domicilio del caso

Número CNEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Localidad/Colonia: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_  
No. exterior: \_\_\_\_\_ No. interior: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Domicilio alternativo del caso

Tipo de domicilio:  Laboral  Escolar País: \_\_\_\_\_  
Número CNEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Localidad/Colonia: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_  
No. exterior: \_\_\_\_\_ No. interior: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Antecedentes relevantes

¿Está embarazada?:  Sí  No ¿Ha tenido paludismo en los últimos 3 años?:  Sí  No Fecha de paludismo anterior: \_\_\_\_\_  
¿Recibió medicamento?:  Sí  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_ Fecha en que recibió medicamento: \_\_\_\_\_  
Suspensión del medicamento:  Sí  No Motivo: \_\_\_\_\_  
Ha recibido tratamiento profiláctico:  Sí  No ¿Cuántos?: \_\_\_\_\_ Fecha del último tratamiento: \_\_\_\_\_

## Lugar donde residía cuando le dió paludismo:

País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad/Colonia: \_\_\_\_\_  
¿Ha donado sangre?:  Sí  No Nombre del banco de sangre: \_\_\_\_\_ Fecha de la donación: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tranfusión sangre?:  Sí  No Fecha de última tranfusión: \_\_\_\_\_

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

Número CNEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad/Colonia: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

No. exterior: \_\_\_\_\_ No. interior: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

### Lugar de la tranfusión

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

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

### Traslados dentro y fuera del municipio, estado y/o país en los últimos 30 días

País	Estado	Jurisdicción	Municipio	Localidad	Fecha de llegada	Fecha de salida

### Resumen de Historia Clínica

Número de ataques: \_\_\_\_\_ Fecha probable de infección: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_

Ataque	Fecha	Localidad
Primero		
Último		

### Determinación de fecha probable por:

Periodo de incubación  Según época mas propicia  Periodo de tranfusión

### Lugar probable de infección:

Localidad de residencia  Localidad visitada

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**Clasificación del caso:**  Autóctono  Foraneo  Importado  Inducido  Introducido  Recaida **Especie:** \_\_\_\_\_

### Tratamiento

Esquema:  Cura radical en 7 días  Cura radical en 14 días  TDU 3x3x1½  Coartem  Quinina  Otro: \_\_\_\_\_

Medicamento y dosis: Cloroquina: \_\_\_\_\_mg Primaquina 5mg: \_\_\_\_\_mg Primaquina 15mg: \_\_\_\_\_mg

Coartem: \_\_\_\_\_mg Quinina: \_\_\_\_\_mg Otro: \_\_\_\_\_mg

Fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_ Fecha de término del tratamiento: \_\_\_\_\_

### Persona que llena el formato

Adscripción, brigada o unidad de salud: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_