



Servicio de origen:  Programa  Operativo  Proyecto

**FOLIO N1:**

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

**FOLIO N1-CASO:**

Distrito: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_

Número de muestra: \_\_\_\_\_

Tipo de servicio:  Búsqueda  Seguimiento Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Datos del paciente**

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kgs.

Sexo:  Masculino  Femenino Procedencia:  Local  Estatal  Nacional  Extranjero

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

**Domificio del paciente**

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

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

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

**Síntomas**

Sudoración  Escalofrío  Cefalea  Otro: \_\_\_\_\_

Fiebre:  Actual  Reciente Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

**Tratamiento Supresivo**

Sí:  Ministrado  Suministrado  No: Motivo: \_\_\_\_\_

**Medicamento y número de pastillas:**

¼	½	1	1½	2	2½	3	3½	4
---	---	---	----	---	----	---	----	---

Cloroquina:

Primaquina 5 mg:

Primaquina 15 mg:

**Tutor o testigo del paciente**

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Identificación:  Sin identificación  INE  Pasaporte  Oportunidades  Cartilla de salud Número: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Referencia de ubicación: \_\_\_\_\_

**Persona que llena el formato**

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