



N1

Notificación de caso probable

Servicio de origen: Programa Operativo Proyecto

Nombre del servicio de origen: _____

Distrito: _____ Sector: _____

Tipo de servicio: Búsqueda Seguimiento Fecha: _____ Hora: _____

FOLIO N1:

FOLIO N1-CASO:

Número de muestra:

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

Domilio 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:

$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{2}$	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*

Número CNEP: _____ 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: _____