

Información del Paciente

RUT	<input type="text"/>	DIRECCIÓN	<input type="text"/>
NOMBRES	<input type="text"/>	REGIÓN	<input type="text"/>
APELLIDO PATERNO	<input type="text"/>	CIUDAD/REGIÓN	<input type="text"/>
APELLIDO MATERNO	<input type="text"/>	COMUNA	<input type="text"/>
SEXO	<input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO	TELÉFONO	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	PREVISIÓN	<input type="text"/>
EDAD	<input type="text"/> AÑOS		

Datos de la Procedencia

ESTABLECIMIENTO	<input type="text"/>	PROFESIONAL RESPONSABLE	<input type="text"/>
DIRECCIÓN	<input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>
REGIÓN	<input type="text"/>	FONO LABORATORIO	<input type="text"/>
CIUDAD/LOCALIDAD	<input type="text"/>	FAX LABORATORIO	<input type="text"/>
COMUNA	<input type="text"/>	SERVICIO CLÍNICO	<input type="text"/>

Información Clínica

FECHA INICIO (FIEBRE):	<input type="text"/>	FECHA 1° CONSULTA	<input type="text"/>
FECHA HOSPITALIZACIÓN	<input type="text"/>	FALLECIDO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
FECHA INICIO EXANTEMA:	<input type="text"/>	FECHA FALLECIMIENTO	<input type="text"/>

Cuadro Clínico

	SI	NO		SI	NO
FIEBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR RETROORBITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CALORÍOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COMPROMISO CONCIENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUDORACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEFALEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PETEQUIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIALGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERUPCIÓN CUTÁNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTRALGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SINTOMAS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INYECCIÓN CONJUNTIVAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAUSEAS, VÓMITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COMPROMISO RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONES GRALIZADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="text"/>	

Información de Tipo de Muestra

☐ SUERO ☐ ORINA

FECHA TOMA DE MUESTRA

SEROLOGIA IgM LOCAL DENGUE ☐ SI ☐ NO FECHA RESULTADO

OTROS MÉTODOS (ESPECIFICAR) RESULTADO

Investigación Epidemiológica

VIAJE RECIENTE ISLA DE PASCUA ☐ SI ☐ NO LLEGADA SALIDA

VIAJE RECIENTE EXTRANJERO ☐ SI ☐ NO PAIS LLEGADA SALIDA

LUGAR DE RESIDENCIA 30 DÍAS PREVIO AL INICIO DE SÍNTOMAS

CASO FEBRIL ACTUAL EN EL GRUPO FAMILIAR ☐ SI ☐ NO ANTECEDENTE DENGUE ☐ SI ☐ NO ☐ NO SABE

VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA ☐ SI ☐ NO FECHA VACUNACIÓN

EMBARAZADA ☐ SI ☐ NO SEMANAS DE EMBARAZO

Instrucciones:

- 1.-La recepción de las muestras se realiza de Lunes a Jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas en Sección de Recepción de Muestras del ISP. En otros horarios y días festivos la muestra será recepcionada en portería del ISP.
- 2.-Las muestras para estudio deberán enviarse refrigeradas 2-8°C según Normativa Técnica para Transporte de sustancias Infecciosas a Nivel nacional (ISP 2008): http://ispch.cl/sites/default/files/8_vigilancia/normativa_Transp_Sust_Infecciosas.pdf
- 3.-Este formulario se encuentra disponible en la página Web del ISP: <http://formularios.ispch.cl/Externo/FormularioExterno.aspx>