



Formulario de notificación diaria de caso de Tétanos y Tétanos Neonatal
(A34 y A35.X; A33)

Establecimiento:	Fono:	Fax:
Médico Tratante:		
Seremi	Of. Provincial	Fecha Notificación: / /

> IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos Paterno	Apellido Materno:	
Nombres:	R.U.T.:	Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐
Edad: años meses	Fecha de Nacimiento: / /	Previsión
Domicilio: Calle	N°	
Comuna:	Región:	Teléfono fijo /celular:
Ocupación:	Nacionalidad	

> ANTECEDENTES CLÍNICOS

Embarazo: NO ☐ SI ☐	Semanas de Gestación:	Atención profesional del parto: NO ☐ SI ☐
N° Historia Clínica:	Fecha 1° síntomas: / /	Fecha 1° consulta: / /
Fecha Hospitalización: / /	Establecimiento:	
Uso de antibiótico: NO ☐ SI ☐	Cuál:	
Tiempo entre herida e inicio de tratamiento: Horas	N° dosis de inmunoglobulina tetánica:	
Fallecido: NO ☐ SI ☐	Fecha de fallecimiento: / /	

> ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Historia de vacunación SI ☐ NO ☐ Ignorado ☐	
N° Dosis Vacuna DPT: Fecha última dosis: / /	N° Dosis toxoide DT: Fecha última dosis: / /
Administración actual de Toxoide diftérico: SI ☐ NO ☐	
Fecha: / /	

> INFORMACIÓN DE LABORATORIO

Cultivo: NO ☐ SI ☐	Fecha: / /	Resultado:
Envío Muestra a ISP: NO ☐ SI ☐	Fecha envío: / /	Resultado:

> PUERTA DE ENTRADA

Localización Heridas:	Cabeza ☐	Tronco ☐	Extremidades superiores ☐	Extremidades inferiores ☐
Tipo de Herida:	Cortante ☐	Punzante ☐	Lacerante ☐	Contusa ☐
Causa:	Quemadura ☐	Quirúrgica ☐	Mordedura ☐	Agente externo ☐
	Aborto Provocado ☐	Ligadura de Cordón ☐	Otra: _____	
Sin puerta de Entrada ☐	No consignado ☐			

> **DIAGNÓSTICO**

Clinico ☐ Biopsia ☐ Autopsia ☐ Laboratorio: Cultivo ☐ Frotis ☐ Serología ☐ Otro ☐
Clasificación final: Descartado ☐ Confirmado: Tétanos ☐ Tétanos Neonatal ☐ Tétanos Obstétrico ☐

> **INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

Visita epidemiológica SI ☐ NO ☐ Responsable: _____ Fecha: ____/____/____

País de Contagio: Chile ☐ Extranjero: _____

Nº de Expuestos: _____

Resultados:

Nombre persona que notifica _____

Rut: _____ Teléfono _____ FAX: _____