

INSTITUTO DE SALUD
PÚBLICA DE CHILE

ISP

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido Paterno										Apellido Materno										Nombres									
T											Edad										Sexo		F	M					
Región										Ciudad										Provincia									

Centro o institución de Salud Servicio
 Nombre del profesional de contacto e-mail Fono/Fax

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

EOSINOFILIA SANGUÍNEA : _____ % Se solicita adjuntar copia del último Hemograma

- RESIDENTE CHILENO	SI	NO	EXTRANJERO	SI	NO
- VIAJÓ AL EXTRANJERO	SI	NO	Si viajó ¿Dónde?		
			¿Hace cuanto tiempo?		
- ¿TIENE MASCOTAS?	SI	NO	Especificar		

Determinación de anticuerpos específicos para:

TRIQUINOSIS ☐ TOXOCARIASIS ☐ STRONGYLOIDIASIS ☐
FASCIOLASIS ☐ CISTICERCOSIS ☐ OTROS: _____

NOTA: Características de las muestras para serología: Suero Adulto y pediátrico 2 ml. Lactante 1 ml.

ANEXO 2
FORMATO DE REPORTE DE BROTE O EVENTO DE SALUD DE
IMPORTANCIA EN SALUD PUBLICA

SEREMI REGIÓN: _____ OF. PROVINCIAL: _____

FECHA NOTIFICACIÓN ____/____/____/

FECHA VALIDACION SEREMI ____/____/____/

NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA _____

RUT: _____ TELÉFONO: _____

ANTECEDENTES DEL BROTE

TIPO DE BROTE _____

FECHA DE DETECCIÓN DEL BROTE: ____/____/____/

LUGAR DE OCURRENCIA (localidad) _____

COMUNA: _____ URBANA: _____ RURAL: _____

CARACTERIZACION DEL BROTE: INSTITUCIONAL
COMUNITARIO
MIXTO
INTRADOMICILIARIO

SI EL BROTE ES INSTITUCIONAL, SEÑALE TIPO DE INSTITUCIÓN: _____

Nº EXPUESTOS ____/____/____/

Nº CASOS: ____/____/____/

FECHA DE PRIMEROS CASOS: ____/____/____/

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: [] [] []

FECHA ULTIMOS CASOS: ____/____/____/

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: [] [] []

DURACIÓN DEL BROTE: _____

SIGNOS Y SINTOMAS

Gastrointestinales SI _____ NO _____

Respiratorios SI _____ NO _____

Neurológicos SI _____ NO _____

Fiebres hemorrágicas SI _____ NO _____

Manifestaciones cutáneas SI _____ NO _____

Oros _____

EDAD	AMBULATORIOS		HOSPITALIZADOS		FALLECIDOS	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
< 1 año						
1 a 4						
5 a 14						
15 a 44						
45 a 64						
65 y más						

INFORMACION DE LABORATORIO

MUESTRAS :

SANGRE SI () NO () FECHA / / /RESULTADO
 ORINA SI () NO () FECHA / / /RESULTADO
 DEPOSICIONES SI () NO () FECHA / / /RESULTADO
 CONTENIDO GÁSTRICO SI () NO () FECHA / / /RESULTADO
 ASPIRADO NASOFARINGEO SI () NO () FECHA / / /RESULTADO
 OTRO: FECHA / / /RESULTADO

ENVÍO DE MUESTRA ISP:

FECHA ENVÍO / /

RESULTADO

INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA

FECHA DE INVESTIGACIÓN DEL BROTE: / /

VISITA EPIDEMIOLÓGICA: SI ☐ N° ☐ FECHA / / /HORA ☐ (si es más de una consigne todas las fechas y horas)
 NO ☐

ENTREVISTA O ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA: SI ☐ N° ☐
 NO ☐

ACTIVIDADES EDUCATIVAS:

INDIVIDUAL N° ☐
 COLECTIVA N° ☐

FUENTE: PERSONA A PERSONA

FUENTE ÚNICA
 FUENTE ÚNICA INTERMITENTE
 FUENTE ÚNICA CON POSTERIOR TRANSMISIÓN PERSONA A PERSONA
 OTRO

¿FUERON IDENTIFICADOS LOS FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL? SI NO

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:

FUERON INTERVENIDOS: SI NO

SEÑALE TIPO DE INTERVENCIÓN AMBIENTAL

CLASIFICACION FINAL

DIAGNÓSTICO: