GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

DIV. SALUD DE LAS PERSONAS
DEPTO. DE EPIDEMIOLOGIA (Fax:6300505)

FORMULARIO DE NOTIFICACION INMEDIATA DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOA DE COLERA

SERVICIO DE SALUD FECHA:_____
QUE NOTIFICA:_____/ día / mes / año

( ) CASO SOSPECHOSO ( ) CASO CONFIRMADO

ESTABLECIMIENTO: _____ **Fono:** _____ **Fax:** _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____

MEDICO TRATANTE: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE **RUT del paciente:** _____

Nombres: _____

Apellido Paterno: _____ **Materno:** _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ **Edad:** _____ **Sexo: ( ) Hombre ( ) Mujer**

Dirección _____

Ciudad/ localidad: _____

Comuna: _____ **Código comuna:** _____

Ruralidad: ( ) **urbana** ( ) **rural**

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

Fecha de primeros síntomas: ____ / ____ / _____ **Fecha de 1° Consulta** _____ / _____ / _____

Fecha de Hospitalización ____ / ____ / _____ **Hospital:** _____

Síntomas principales: **( ) Deshidratación severa ( ) Deshidratación moderada o leve:**

( ) Diarrea ( ) Vomitos ( ) Otros _____

Diagnóstico Clínico: _____

Estado de paciente: Fallecido ( ) **Fecha de defunción:** ____/____/____/
Grave ( )
No grave ( )

ANTECEDENTES SOBRE CONTACTOS

N° de contactos declarados: menores de 15 años _____ **Mayores de 15 años** _____

N° de contactos con quimioprofilaxis: _____

El caso que notifica es: ( ) Caso primario

( ) Caso secundario **Nombre del caso primario:** _____

EXAMENES DE LABORATORIO:

Coprocultivo _____ **Fecha de envio a ISP:** ____/____/____/