

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE EN LA COMUNIDAD**

SEREMI REGIÓN: \_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| OF. PROVINCIAL: \_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|  
SERVICIO SALUD \_\_\_\_\_|\_|\_|\_| ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|  
FECHA NOTIFICACIÓN A LA SEREMI \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ FECHA NOTIFICACIÓN DESDE LA SEREMI \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA (SEREMI) \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACION DEL CASO**

RUT: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_  
SEXO: ( ) HOMBRE ( ) MUJER FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ EDAD: \_\_\_ AÑOS \_\_\_ MESES \_\_\_ DÍAS  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_ Población, villa u otro \_\_\_\_\_  
CODIGO POSTAL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| CIUDAD O LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ COMUNA: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Nº HISTORIA CLÍNICA \_\_\_\_\_  
Fecha de primeros síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Semana Epidemiológica: |\_|\_|\_|  
Fecha de Hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Establecimiento: \_\_\_\_\_  
Localización lesión: \_\_\_\_\_  
Fallecido SI ( ) NO ( ) Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**INFORMACION DE LABORATORIO**

Muestra de sangre: Si ( ) No ( ) Fecha toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Resultado: \_\_\_\_\_  
Otra muestra: Si ( ) No ( ) Fecha toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Resultado: \_\_\_\_\_  
¿cuál? \_\_\_\_\_

**Envío al ISP:**

Sí \_\_\_ No \_\_\_ fecha envío: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
Fecha resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Resultado \_\_\_\_\_ (indicar patrón de sensibilidad)

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

Viaje reciente al extranjero	Sí	No	País (y Ciudad) _____
Contacto con extranjeros	Sí	No	País _____
Hospitalización previa	Sí	No	
Contacto de paciente hospitalizado	Sí	No	

**CLASIFICACION FINAL**

Descartado ( ) Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Confirmado ( )

**Observaciones:**