BOLETIN NOTIFICACIÓN ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (ENO)

1. NOMBRE ESTABLECIMIENTO. _____ Código establecimiento [ ]

2. OFICINA PROVINCIAL. _____ [ ] Código Oficina Provincial

3. SEREMI _____ Código SEREMI [ ]

4. Nº HISTORIA CLÍNICA: [ ]

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

5. NOMBRE DEL (DE LA) PACIENTE:

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

6. RUN [ ] – [ ]

7 -Código VIH-SIDA [ ] – [ ]

8. SEXO: [ ] 1. Hombre 2. Mujer

9. FECHA DE NACIMIENTO. [ ] Día [ ] Mes [ ] Año

10. EDAD [ ]

11. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD: [ ] 1. Días. 2. Meses. 3. Años

12. NACIONALIDAD (Solo extranjeros) _____ Código [ ]

13. PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO [ ]
1. Alacalufe (Kawashkar)
2. Atacameño
3. Aimara
4. Colla
5. Díaguita
6. Mapuche
7. Quechua
8. Rapa Nui
9. Yámana (Yagán)
0. Ninguna

14- DOMICILIO:

Calle _____ Nº _____ Depto. _____ Población. _____ Código Postal [ ]

15. COMUNA DE RESIDENCIA: _____ Código Comuna [ ]

16. TELÉFONO [ ]

17. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD [ ]
0 Inactivo (a)
1 Activo (a)

18. OCUPACIÓN _____ Código Ocupación [ ]

19. CATEGORÍA OCUPACIONAL [ ]
1. Patrón / Empresario
2. Empleado
3. Obrero
4. Trabajador Independiente

DATOS CLÍNICOS:

20. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO: _____ CIE 10 [ ]

21. OTRO DIAGNÓSTICO CONFIRMADO: _____ CIE 10 [ ]
(Regristrar sólo si en el anterior diagnóstico se declara una TBC)

22. FECHA 1ROS SINTOMAS [ ] Día [ ] Mes [ ] Año

23. PAÍS DE CONTAGIO [ ] 1. Chile 2. Extranjero

PAÍS _____

24. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN [ ]
1. Si
2. No
3. Ignorado
4. No corresponde

25. FECHA ULT. DOSIS [ ]

26. NÚMERO DOSIS. [ ]

27. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA
4. Clínica (Incluye Imagenología) [ ]
2. Epidemiológica [ ]
3. Frotis [ ]
4. Cultivo [ ]
5. Serología [ ]
6. Biopsia [ ]
7. Autopsia [ ]

28. EMBARAZO [ ]
1. Si
2. No
3. No corresponde

COMPLETAR SÓLO SI LA DECLARACIÓN CORRESPONDE A TBC

29. INDICAR SI. CORRESPONDE A: [ ] 1. Caso nuevo 2. Recaida

30. SÓLO PARA RECAIDAS [ ] 1. Igual Localización 2. Otra

DATOSDEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA

31. NOMBRE:

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

32. TELÉFONO _____ Correo electronico _____ 33. RUN [ ] - [ ]

FECHA DE NOTIFICACIÓN

34. FECHA DE NOTIFICACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO: [ ] Día [ ] Mes [ ] Año

35. FECHA DE NOTIFICACIÓN DESDE LA SEREMI AL MINSAL: [ ] Día [ ] Mes [ ] Año