



# DENGUE CASE INVESTIGATION REPORT

CDC Dengue Branch and Puerto Rico Department of Health

1324 Calle Cañada, San Juan, PR 00920-3860

Tel. (787) 706-2399, Fax (787) 706-2496



Form Approved OMB No. 0920-0009

Para uso solamente de CDC Dengue Branch

GCODE	Specimen #	Days post onset (DPO)	Type	Received (Date)	Specimen #	Days post onset (DPO)	Type	Received (Date)
SANID	S1			/ /	S3			/ /
	S2			/ /	S4			/ /

### Favor de completar todas las secciones

#### Hospitalizado:

No  Sí Hospital: \_\_\_\_\_

#### Fatal:

Sí  No

#### Encefalitis:

Sí  No

#### Nombre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Segundo Nombre / Inicial

Si es un menor, nombre del padre o encargado: \_\_\_\_\_

#### Dirección Residencial

Municipio: \_\_\_\_\_

Urb. o Barrio: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Parcela No.: \_\_\_\_\_ Buzón: \_\_\_\_\_ P.O.Box: \_\_\_\_\_

Carr. No.: \_\_\_\_\_ Km: \_\_\_\_\_ Hm: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Cerca de: \_\_\_\_\_

Trabaja en: \_\_\_\_\_

#### Médico que refiere el caso

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Enviar resultado a: \_\_\_\_\_

#### Datos Adicionales

1) ¿En qué país nació? \_\_\_\_\_

2) ¿Tuvo dengue antes (Fiebre, dolor del cuerpo, dolor de ojos, erupción)? .....  Sí  No  No Sabe

3) ¿Cuándo? (Mes, Año) \_\_\_\_/\_\_\_\_ .....  No  No Sabe

4) ¿Cuántos años ha vivido en este municipio? \_\_\_\_\_

5) Durante los 14 días antes de enfermar, ¿viajó a otro pueblo o país? .....  Sí  No  No Sabe

¿Dónde? \_\_\_\_\_

#### Comentarios

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Información Básica del Paciente

Fecha Nacimiento:

Edad:

Sexo:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

\_\_\_\_ años

Masculino  Femenino

#### Datos Indispensables para Procesar las Muestras

Fecha del Primer Síntoma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de Toma de Muestra

Suero { primera muestra .....  
(aguda - primeros 5 días de enfermedad - para virus)

segunda muestra .....  
(convalescente - 6 días o más de enfermedad - para anticuerpos)

tercera muestra .....  
Día Mes Año

Otro tejido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Criterios para DENGUE HEMORRÁGICO (#1-4) y shock (#5)

1. Fiebre .....  Sí  No

2. Alguna manifestación hemorrágica

Petequias .....  Sí  No

Equimosis (cardenales) ....  Sí  No

Vómito con sangre .....  Sí  No

Sangre en la excreta .....  Sí  No

Hemorragia de la nariz ....  Sí  No

Hemorragia de las encías ..  Sí  No

Sangre en la orina .....  Sí  No

Hemorragia vaginal .....  Sí  No

Urinálisis - sobre 5 RBC/  
hpf o positivo para sangre ..  Sí  No

Prueba de  
torniquete ....  No hizo  Pos  Neg

3. Plaquetas  $\leq 100,000/mm^3$  ..  Sí  No  
(contaje) \_\_\_\_\_

4. Permeabilidad capilar exagerada  
Efusión pleural o abdominal ..  Sí  No

Hematocrito más bajo \_\_\_\_\_

Hematocrito más alto \_\_\_\_\_

Albumina más baja (en sangre) \_\_\_\_\_

Proteína más baja (en sangre) \_\_\_\_\_

5. Presión arterial mínima ..... / \_\_\_\_\_

#### Otros síntomas

Dolor de cabeza .....  Sí  No

Dolor en los ojos .....  Sí  No

Dolor del cuerpo .....  Sí  No

Dolor de coyunturas .....  Sí  No

Erupción .....  Sí  No

Escalofríos .....  Sí  No

Náusea o vómito .....  Sí  No

Diarrea .....  Sí  No

Tos .....  Sí  No

Conjuntivitis .....  Sí  No

Congestión nasal .....  Sí  No

Dolor de garganta .....  Sí  No

Ictericia .....  Sí  No

Convulsión o coma .....  Sí  No

¿Está encinta? .....  Sí  No

Vacunado/a fieb. amarilla ...  Sí  No

Año \_\_\_\_\_  No sabe

**FOR CDC DENGUE BRANCH USE ONLY**

Specimen No. \_\_\_\_\_

S<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

S<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

S<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

**SEROLOGY**

Hem. Inhib.								
Test	Ag	Titer	Test	Ag	Titer	Test	Ag	Titer

**IgG ELISA**

Test	Ag	Qual	Titer	Test	Ag	Qual	Titer	Test	Ag	Qual	Titer

**IgM ELISA**

Test	Ag	Value	Test	Ag	Value	Test	Ag	Value

**Neutralization**

Test	Ag	Titer	Test	Ag	Titer	Test	Ag	Titer

**VIROLOGY**

Test	ID	Isotech	IDtech	Test	ID	Isotech	IDtech	Test	ID	Isotech	IDtech

Overall dengue interpretation:

---



---

El tiempo estimado para la notificación de esta información es un promedio de 15 minutos, incluyendo el tiempo de repasar las instrucciones, cotejar las fuentes de información existentes, recoger y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la información. Una agencia no puede llevar a cabo ni auspiciar, y una persona no está obligada a responder a, una petición de información si ésta no ostenta un número de control de OMB válido. Envíe sus comentarios respecto a este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta petición de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo de respuesta a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-24, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0009).