



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Departamento de Salud

# SISTEMA CENTINELA DE VIGILANCIA DE CHIKUNGUNYA (CHIKSS) REPORTE DE CASO

Form Approved  
OMB No. 0920-1011  
Exp.: 3/31/2014

REVISADO:  (iniciales)

Fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Día Mes Año

## FIEBRE + POLIARTRALGIA +

### SOLAMENTE PARA USO DEL LABORATORIO

Número de caso	Espécimen #	Días después 1er síntoma	Tipo	Fecha recibido	Espécimen #	Días después 1er síntoma	Tipo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SAN	GCOD	S1		S3			
		S2		S4			

Se hospitalizó por esta enfermedad:  No  Sí → Nombre \_\_\_\_\_ Número de expediente: \_\_\_\_\_

del hospital: \_\_\_\_\_ Falleció:  Sí  No  No sabe

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre / \_\_\_\_\_

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

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre / \_\_\_\_\_

Nombre:  Hospital:

Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Bella Vista HIMA Fajardo CDT San José

Vive cerca de: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Buen Samaritano San Jorge  
Children's

HIMA Caguas Susoni

Fecha nacimiento: Edad: \_\_\_\_\_ meses Sexo: M F

¿Encinta?: Sí No

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

¿En qué país nació? \_\_\_\_\_

¿Durante los 14 días antes de enfermarse, ¿VIAJÓ a otro país o pueblo? \_\_\_\_\_

¿A dónde viajó? \_\_\_\_\_

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_\_

¿Desde que se enfermó, faltó a la escuela/trabajo? SI NO NO APLICA

### POR FAVOR indique todos los signos y síntomas del paciente

<p>Fiebre durante 2 - 7 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre (&gt;38°C/101°F) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna manifestación hemorrágica</p> <p>Petequias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Equimosis o Cardenales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Vómito con sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Sangre en la excreta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Hemorragia nasal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Hemorragia de las encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Hemorragia vaginal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Urianálisis positivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>(sobre 5 RBC/hpf o positivo para</p>	<p>Medidas Clínicas</p> <p>Presión arterial (SBP/DBP) : /</p> <p>Hematocrito (%): _____</p> <p>sangre) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p>	<p>Señales de advertencia</p> <p>sabe Vómito persistente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor abdominal/sensibilidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Sangrado de las mucosas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Conteo de glóbulos blancos (WBC): _____ Conteo de plaquetas: _____</p> <p>Síntomas</p> <p>Pulso acelerado y débil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Palidez o piel fría <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Erupción de la piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor en el cuerpo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p>
---	--	--

## CONTINÚE AL DORSO!!

**Dolor de coyunturas**  
.....  
**Anorexia**.....  
.....

**Letargia/inquietud**.....  
**Agrandamiento del**  
**hígado > 2cm... Efusión**  
**pleural o**  
**abdominal**.....  
**Síntomas adicionales**  
**Diarrea**.....  
.....  
**ToS**.....  
.....

**Conjuntivitis**.....  
**.... Congestión**  
**nasal**..... **Dolor de**  
**garganta**.....  
**Ictericia**.....  
**Convulsión o**  
**coma**..... **Náusea y**  
**vómito (ocasional)**..... **Artritis**  
**(coyunturas hinchadas)**..... **No**  
**puede caminar** .....

**Este formulario está autorizado por la Ley 42 USC 241 del Servicio de Salud Pública. Contestar este formulario es voluntario, pero, se necesita la cooperación del paciente para el estudio y control de enfermedades. Contestar las preguntas toma aproximadamente 15 minutos por formulario. Envíe sus comentarios y sugerencias sobre el tiempo que toma llenar el formulario o sobre cualquier otro aspecto de la recopilación de información a: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011).**

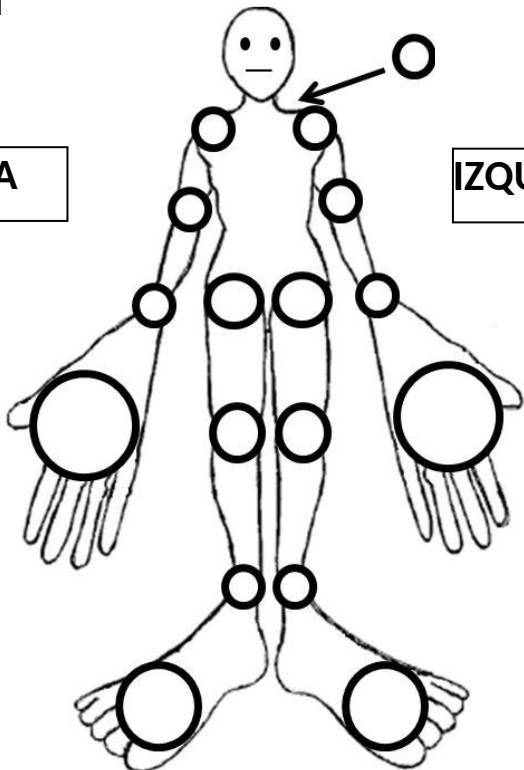
Los círculos a continuación representan las coyunturas en el cuerpo humano, marque con una "X" las áreas donde el paciente tiene

la "X" las áreas donde el paciente tiene

Columna vertebral

DERECHA

IZQUIERDA



ESPACIO PARA  
ETIQUETA DEL  
LABORATORIO

Los círculos a continuación representan las coyunturas en el cuerpo humano, marque con una "X" las áreas donde el paciente tiene

la "X" las áreas donde el paciente tiene

Columna vertebral

DERECHA

IZQUIERDA

