

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



**INFORME DE INVESTIGACION DE CASO DE DENGUE**  
 CDC Subdivisión de Dengue y Departamento de Salud de Puerto Rico  
 1324 Calle Cañada, San Juan, P. R. 00920-3860  
 Tel. (787) 706-2399, Fax (787) 706-2496



Form Approved OMB No. 0920-1011  
 Exp. Date 03/31/2017

**SOLAMENTE PARA USO DE CDC SUBDIVISION DENGUE**

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

*Favor de leer y completar TODAS las secciones*

**Datos del paciente** Se hospitalizó por esta enfermedad:  No  Sí → Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Número de expediente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno Apellido materno Nombre Segundo nombre / inicial

Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado: \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno Apellido materno Nombre Segundo nombre / inicial

Falleció:  Sí  No  No sabe  
 Cambios en estado mental:  Sí  No  No sabe

**Dirección residencial completa (Física)** **Médico o proveedor que ordenó la prueba de dengue**

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Enviar resultado a (dirección postal de médico o proveedor): \_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_ Otro Tel.: \_\_\_\_\_

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

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

**Información demográfica del paciente** **¿Quién llenó este formulario?**

Fecha nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ meses Sexo:  M  F  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ó Edad: \_\_\_\_\_ años ¿Encinta?:  Sí  No  NS  
 Día Mes Año Semanas de gestación

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Relación con paciente: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Datos indispensables para procesar las muestras** **Datos adicionales del paciente**

Fecha del primer síntoma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Suero: Primera muestra \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Aguda = primeros 5 días de enfermedad - detección de virus)

Segunda muestra \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Convaleciente = más de 5 días de enfermedad - detección de anticuerpos)

Tercera muestra \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Casos fatales (tipo de tejido): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cuántos años ha vivido en este municipio? \_\_\_\_\_  
 ¿En qué país nació? \_\_\_\_\_  
 ¿Tuvo dengue antes?  Sí  No  No sabe  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  No sabe  
 Mes Año

Vacunado Fiebre Amarilla  Sí  No  No sabe Año de vacunación \_\_\_\_\_  
 Durante los 14 días antes de enfermar, ¿VIAJÓ a otro país o pueblo?  
 Sí, otro país  Sí, otro pueblo  No  No sabe  
 ¿A dónde viajó? \_\_\_\_\_

**Por favor, indique los signos y síntomas que tiene el paciente al momento de completar este formulario**

	Sí	No	No sabe		Sí	No	No sabe
Fiebre durante 2 - 7 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Evidencia de permeabilidad capilar exagerada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre (>38°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(%) Hematocrito más bajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaquetas ≤100,000/mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(%) Hematocrito más alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conteo de plaquetas: _____				Albúmina sérica más baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alguna manifestación hemorrágica</b>				Proteína sérica más baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petequias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial mínima (SBP/DBP) _____/____			
Equimosis o cardenales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión de pulso mínima (sistólica - diastólica) _____			
Vómito con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conteo más bajo de glóbulos blancos (WBC) _____			
Sangre en la excreta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Síntomas</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>
Hemorragia nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulso acelerado y débil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia de las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palidez o piel fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urianálisis positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(sobre 5 RBC/hpf o positivo para sangre)				Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de Torniquete <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> No hizo				Dolor en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor de coyunturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SOLAMENTE PARA USO DEL CDC SUBDIVISIÓN DENGUE**

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

S<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ S<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ S<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

**SEROLOGY  
LUMINEX (MIA)**

S <sup>1</sup>			S <sup>2</sup>			S <sup>3</sup>		
Test Date	Ag	Titer	Test Date	Ag	Titer	Test Date	Ag	Titer

**IgG ELISA**

S <sup>1</sup>				S <sup>2</sup>				S <sup>3</sup>			
Test Date	Ag	Screen	Titer	Test Date	Ag	Screen	Titer	Test Date	Ag	Screen	Titer

**IgM ELISA**

S <sup>1</sup>			S <sup>2</sup>			S <sup>3</sup>		
Test Date	Ag	P/N	Test Date	Ag	P/N	Test Date	Ag	P/N

**Neutralization**

S <sup>1</sup>			S <sup>2</sup>			S <sup>3</sup>		
Test Date	Screen	Titer	Test Date	Screen	Titer	Test Date	Screen	Titer
DENV-1								
DENV-2								
DENV-3								
DENV-4								
WEST NILE								
SLE								
YFV								

**Viral Isolation & PCR**

S <sup>1</sup>				S <sup>2</sup>				S <sup>3</sup>			
Test Date	ID	Isotech	IDtech	Test Date	ID	Isotech	IDtech	Test Date	ID	Isotech	IDtech

Serology Lab Director Signature: \_\_\_\_\_

Virology Lab Director Signature: \_\_\_\_\_ Overall dengue interpretation: \_\_\_\_\_

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).

## **Instrucciones para llenar el formulario de Informe de Investigación de Caso de Dengue (Dengue Case Investigation Report)**

La Ley Núm. 81 de 1912, establece que el dengue y el dengue hemorrágico son enfermedades que deben reportarse al Departamento de Salud de Puerto Rico. El proveedor de servicios de salud completará en **letra de molde** cada pregunta del Informe de Investigación de Caso de Dengue y acompañará la muestra de suero con dicho formulario. Por favor, verifique que incluya la fecha del primer día de síntomas y la fecha de la toma de muestra. Sin esta información no se procesará la muestra. En la parte superior izquierda, encontrará un espacio en el que escribirá el día, mes y año en el cual está completando dicho formulario.

**Datos del Paciente** Indicar el nombre completo y datos del paciente es primordial porque muchas personas tienen el mismo nombre e información similar.

- Marque Sí o No en el encasillado que indica si el paciente estuvo hospitalizado. Si el paciente fue hospitalizado, escriba el nombre del hospital en el espacio provisto.
- Escriba en letra de molde el nombre y apellidos del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, materno, primer nombre y segundo nombre o inicial cuando aplique.
- Si el paciente es menor de edad, escriba el nombre del padre o encargado. Por favor, escriba primero los apellidos y luego el nombre completo.
- Marque en el encasillado si el paciente falleció o no. Si desconoce esta información, marque el encasillado que indica “No sabe”.
- Marque en el encasillado si el paciente presenta o no presenta cambios en su estado mental. Esta información es importante porque dichos cambios pudieran estar asociados con encefalitis.

**Dirección Residencial Completa** Es importante obtener la dirección física completa donde reside el paciente ya que nos permitirá dar seguimiento al paciente y tomar medidas de control de vectores en las áreas específicas que lo requieran.

- Si vive en una urbanización, escriba el nombre o número de la calle, número del bloque y de la casa, nombre de la urbanización, municipio donde reside el paciente y el código postal acompañado de sus últimos 4 dígitos.
- Si vive en un barrio, escriba el número de carretera, kilómetro y número de casa o parcela, nombre del barrio, sector y el municipio donde reside con el código postal.
- Si vive en un condominio o residencial, escriba el número de apartamento, de edificio, el nombre del condominio o residencial, la calle donde se encuentra, municipio y código postal.
- Escriba el número de teléfono del paciente y otro número de teléfono donde podamos comunicarnos con el paciente.
- Anote un lugar que quede cerca de donde vive el paciente que sirva de referencia (Ejemplo: cerca del Colmado Rivera).
- Si el paciente tiene empleo, escriba el nombre del patrono, la calle o sector y nombre del municipio del lugar de empleo.

**Médico o Proveedor que ordenó la prueba de dengue** Esta información es crítica ya que, por ley, se enviarán los resultados únicamente al proveedor de servicios.

- Anote el nombre y apellidos del médico que está evaluando al paciente con sospecha de dengue en esta visita.
- Escriba el número de teléfono del médico que atiende al paciente y el número de extensión, fax o correo electrónico si aplica.

- En el encasillado “Enviar resultado a” anote la dirección postal completa del médico a la cual desea que se le envíen por correo los resultados de la muestra de suero del paciente. Por favor, no olvide ninguna de sus partes incluyendo el código postal para garantizar que reciba los resultados sin contratiempos.

### **Información demográfica del paciente**

- Escriba la fecha de nacimiento del paciente indicando el día, mes y año.
- Indique la edad del paciente. Escriba la edad en meses si se trata de un infante o en años si tiene 1 año o más.
- Marque el encasillado de la (M) si el paciente pertenece al sexo masculino o la (F) para femenino.

### **¿Quién llenó este formulario?**

- Escriba el nombre completo y los apellidos de la persona que llenó el formulario.
- Indique su relación con el paciente (Ejemplo: madre, padre, encargado, vecino, médico, enfermera).
- Anote el número de teléfono, número de fax o dirección de correo electrónico según aplique.

### **Datos indispensables para procesar las muestras** SIN ESTA INFORMACIÓN NO SE PROCESARÁ NINGUNA MUESTRA DE SUERO.

- Anote el día, mes y año del inicio de los síntomas.
- Anote el día, mes y año en que tomaron cada muestra de sangre.
- Si la muestra es de tejido, especifique el tipo de tejido (Ejemplo: riñón, bazo, corazón, etc.) que está enviando a nuestro laboratorio y la fecha en que se tomó dicha muestra.

### **Datos adicionales del paciente**

- Indique cuántos años ha vivido en el municipio donde reside.
- Especifique en qué país nació.
- A la pregunta sobre si “Tuvo dengue antes”, conteste Sí, No o No sabe.
- Si la respuesta es sí, indique el mes y el año en que el paciente enfermó con dengue antes de esta ocasión. Marque en el encasillado correspondiente si el paciente no sabe en qué fecha tuvo dengue anteriormente.
- Marque “Sí, a otro país” o “Sí, a otro pueblo”, si el paciente viajó a otro país o pueblo 14 días antes de enfermar. Si el paciente no viajó o no recuerda, debe marcar No o No sabe.
- En caso de que aplique, indique el país o pueblo a donde el paciente viajó 14 días antes de enfermar.

### **Criterios para Dengue Hemorrágico, Choque y otros síntomas**

Haga una marca de cotejo (√) en los encasillados y marque Sí, No, o No sabe para cada pregunta relacionada a síntomas, según aplique. **Por favor, conteste todas las preguntas.**

- En los espacios provistos
  - Indique el número de plaquetas.
  - Escriba el por ciento de hematocrito más bajo y el por ciento de hematocrito más alto que obtuvo el paciente durante esta enfermedad.
  - Indique el conteo de albúmina y proteína sérica más baja.
  - Indique la presión arterial mínima que obtuvo el paciente durante esta enfermedad. Escriba los valores obtenidos para la presión sistólica (SBP) y la presión diastólica (DBP).
  - Reste la presión sistólica de la diastólica para calcular la presión de pulso. Calcule la presión de pulso mínima usando la presión arterial cuya resta resulte en el número menor.
  - Escriba el conteo más bajo de glóbulos blancos (WBC).

**No complete los encasillados al dorso del formulario. Éstos son para uso exclusivo del laboratorio.**