MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

# DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

**Ficha epidemiológica integrada**

Dengue - Chikungunya - zika

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

**1.1 Enfermedad Vectorial**
- ○ Dengue
- ○ Chikungunya
- ○ Zika

**1.2 Fecha de notificación (dd/mm/aaaa)** ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

**1.3 No. de ficha** ☐☐☐ – _____

**1.4 Datos de la unidad notificadora**

○ Área de salud _____ ○ Distrito _____

○ Servicio _____ ○ Otro (especifique) _____

## 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**2.1 Apellidos** | **Nombres**

**2.2 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)** ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

**2.3 Edad**

**2.4 Unidad de medida de la edad**
○ Años ○ Días ○ Meses

**2.5 Sexo**
○ Masculino ○ Femenino

**2.6 Embarazada**
○ Si ○ No

**2.7 Semanas de embarazo** ☐

**2.8 Etapas de gestación**
- ○ Embarazo
- ○ Parto
- ○ Puerperio

**2.9 Tipo de parto**
- ○ Vaginal
- ○ Cesárea

**2.10 Datos del recien nacido**

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

Lugar de nacimiento _____

Peso ☐☐ Libras

Condición
○ Vivo ○ Muerto

Malformaciones genéticas
○ Si ○ No

Especifique _____

**2.11 Dirección de residencia**

Departamento _____ Municipio _____ Comunidad _____

Barrio o colonia _____ Calle / No. / zona _____ Lugar de referencia _____

**2.12 País de procedencia**
○ Guatemala

Otro _____

**2.13 Grupo étnico**
○ Maya ○ Ladino / Mestizo ○ Garífuna
○ Xinca ○ Otro (especifique) _____

**2.14 Ocupación** _____

**2.15 Datos del responsable (si es menor de edad)**

_____

## 3. DATOS CLÍNICOS

**3.1 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)** ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

**3.2 Días con síntomas**

**3.3 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)** ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

**3.4 Hospitalizado**
○ Si ○ No

Lugar _____

Fecha de hospitalización(dd/mm/aaaa) ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

**3.5 Ateción médica**
○ Si ○ No

Cuándo (dd/mm/aaaa) ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

Dónde _____

## 4. SIGNOS Y SINTOMAS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ Anorexia | ○ Conjuntivitis no purulenta | ○ Enterorragia | ○ Hemorragia urinaria | ○ Piel fría |
| ○ Artralgia | ○ Diarrea | ○ Epistaxis | ○ Hemorragia vaginal | ○ Sudoración |
| ○ Artritis | ○ Dolor abdominal | ○ Exantema maculopapular (rash) | ○ Melena | ○ Tos |
| ○ Astenia | ○ Dolor retro - orbitario | ○ Fiebre | ○ Mialgia | ○ Vómitos |
| ○ Cefalea | ○ Edema en articulaciones | ○ Hemorragia de encías | ○ Petequias | ○ Vómitos con sangre |

○ Manifestaciones neurológicas (especifique) _____

_____

## 5. FACTORES DE RIESGO

¿Viajó en los últimos 15 días al inicio de los síntomas? ○ Si ○ No ¿A dónde? _____

¿Recibío sangre en los últimos 15 días previos al inicio de los síntomas? ○ Si ○ No

¿Hay otros enfermos con los mismos síntomas en la familia? (familia, localidad, población) ○ Si ○ No

¿Almacena agua en pilas, toneles u otros recipientes? ○ Si ○ No

¿Ha tenido dengue anteriormente? ○ Si ○ No ○ No sabe ¿Cuándo? (mm/aaaa) __ __ _ __ __ __ __

Ubicación de la vivienda ○ Urbana ○ Rural ○ Urbana - Rural No. habitantes en la casa __ __

¿Hay chatarra, recipientes inútiles y/o llantas en su patio o alrededores? ○ Si ○ No

Ubicación vivienda menos 100 metros de: cementerio, chatarrera y llanteras ○ Si ○ No

Vivienda cerrada a la vecindad ○ Si ○ No

Disponibilidad de agua domiciliar ○ Si ○ No

Abordaje del caso ○ Centro educativo ○ Centro de privación de libertad ○ Institución militar
○ Albergue ○ Comunidad ○ Otro _____

## 6. LABORATORIO

**6.1 Se realizo toma de muestra** ○ Si ○ No

**6.2 Fecha de toma de muestras (dd/mm/aaaa)** __ __ _ __ __ _ __ __ __ __

| 6.3 Tipo de muestra | 6.4 Resultado | | | 6.3 Fecha de resultado de orina (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|---|
| ○ Suero | ○ Serología IgM | ○ Positivo | ○ Negativo | __ __ _ __ __ _ __ __ __ __ |
| ○ Orina | ○ Serología NS1 | ○ Positivo | ○ Negativo | __ __ _ __ __ _ __ __ __ __ |
| | ○ RT-PCR | ○ Positivo | ○ Negativo | __ __ _ __ __ _ __ __ __ __ |

**6.5 Virología**

Serotipo de Dengue ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

Detección viral Chikungunya ○ Si ○ No

Detección viral Zika ○ Si ○ No

## 7. CONCLUSIÓN FINAL DEL CASO

Dengue
- ○ Dengue sin signos de alarma
- ○ Dengue con signos de alarma
- ○ Dengue grave

○ Chikungunya
○ Zika

**7.1 Clasificación**
- ○ Sospechoso
- ○ Probable
- ○ Confirmado
- ○ Confirmado por nexo epidemiológico
- ○ Descartado

**7.1 Condición egreso**
- ○ Vivo
- ○ Muerto
- ○ Traslado a otro hospital
- ○ Contraindicado

**Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)** __ __ _ __ __ _ __ __ __ __

**Responsable llenado de ficha (nombre y apellidos)**

**Cargo** _____

**Fecha (dd/mm/aaaa)** __ __ _ __ __ _ __ __ __ __