

**Santo Domingo, D. N.,  
13 de julio del 2023.**

**A la : Presidenta del Comité Mixto de Seguridad, Salud y  
Emergencia de la Defensa Civil.**

**Del : Secretario del Comité Mixto de Seguridad, Salud y  
Emergencia y Encargado de la División de Gestión de  
Riesgo de la Defensa Civil.**

**Asunto : Informe de Operativo Medico XXIV Juego Centro  
Americano y del Caribe 2023, Sub- Sede en Rep. Dom..**

**Anexos : a) Oficio Núm. DC1177-2023 del 25/05/2023  
b) Solicitud Federación Dominicana De Deporte Ecuestre.  
c) Listado personal designado y fotografía en el evento.**

**Cortésmente**, me dirijo a su despacho con la finalidad de hacer de su conocimiento, que parte de nuestro personal del área médica y operativas estuvieron participando en las competencias ecuestre realizada en el país de los XXIV juegos Centroamericanos y del caribe en nuestra condición de Subsede de dichos juegos, donde se ofrecieron asistencias a los deportista que participaron en las diferente competencias realizadas. Lo que le informo para su conocimiento. Sin otro particular le saluda.

Con sentimiento de alta estima y consideración.



**Lic. Ramón de la Rosa A.**

Secretario del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia  
Encargado de la División de Gestión de Riesgo

**iDefensa Civil Somos Todos!**





809-472-8614 / 8617

info@defensacivil.gob.do  
www.defensacivil.gob.do

Plaza de la Salud, Calle Recta Final,  
Edif. Comisión Nacional de Emergencias,  
Ens. La Fe, Sto. Dgo. República Dominicana

Santo Domingo, D.N.  
25 de mayo del 2023.

**Núm.DC-1177-2023:**

Del : Director Ejecutivo de la Defensa Civil.

Al/La : Subdirector / Encargado del Departamento de Operaciones de la Defensa Civil.

Encargada del Departamento Médico de la Defensa Civil.

Asunto : Solicitud de ambulancia y personal.

Anexo : Comunicación S/N d/f 10/05/2023, de la Directiva de la Federación Dominicana de Deportes Ecuestres.

**REFERIDO** cortésmente, a los fines de fijar atención en la comunicación anexa.



**JUAN SALAS.**

JS  
CR/ra

**¡Defensa Civil somos todos!**





Centro Ecuestre Palmarejo, Km.17 Autopista Duarte (entrando por CERINCA)  
Municipio Santo Domingo Oeste, Santo Domingo, República Dominicana  
Email: fedecuestrerd@gmail.com  
RNC: 4-30-07515-9

Santo Domingo, Rep. Dom.  
10 de mayo, 2023

Señores  
DEFENSA CIVIL.  
Ciudad.-

Estimado Lic. Juan Salas  
Director Ejecutivo de la Defensa Civil

*Retveldo Alcantara*  
*11/15/2023*  
*2:18 pm*

La Federación Dominicana de Deportes Ecuestres, Inc. se complace en invitarle a conocer y apoyarnos en **XXIV JUEGOS CENTROAMERICANOS Y DEL CARIBE 2023**, subsede República Dominicana.

Las competencias ecuestres de los Juegos Centroamericanos y del Caribe se celebrarán en el Centro Ecuestre Palmarejo del 24 de junio al 5 de julio del presente año 2023.

Contaremos con un total de 12 naciones participando, entre las que podemos mencionar México, Honduras, Barbados, Puerto Rico, El Salvador, Venezuela, Costa Rica, Bahamas, Cuba, Trinidad & Tobago, Cayman Islands, Jamaica, Colombia, Bermuda, Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana.

El equipo dominicano estará integrado por sus atletas de alto rendimiento y medallistas, como son en Adiestramiento Yvonne Losos de Muñiz, en Salto Manuel Fernández Haché y María Gabriela Brugal Gasso.

La intención de esta misiva es solicitarle apoyo logístico con una estación de primeros auxilios y 2 ambulancias con médicos para cualquier eventualidad con los jinetes durante las competencias, además del apoyo de los voluntarios para mantener el orden en en la ruta de campo travieso (Eventing).

Esperando contar con su apoyo, les saluda.

Atentamente,

*J. Manuel Ramos B.*  
José Manuel Ramos B.  
Presidente

Aristides Fernandez Zucco  
Presidente Asociación de Salto

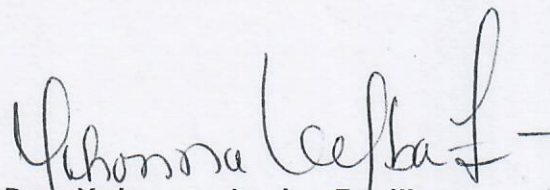
Johanna Reyes  
Coordinadora Patrocinios  
*809-820-9744*





### Miércoles 05 de julio del 2023

| Nombres y Apellidos               | Cédula        |
|-----------------------------------|---------------|
| Dra. Yohanna Leyba Zorrilla       | 001-1477584-4 |
| Dra. Rosanna Lebrón               | 012-0089501-7 |
| T.E.M. Víctor Guerrero Tolentino  | 001-0981386-5 |
| Yunior Rafael Puello Castillo     | 223-0033071-3 |
| Steven Green                      | 402-3646847-2 |
| Chofer. Cesilio de la Cruz Fabian | 090-0012379-5 |



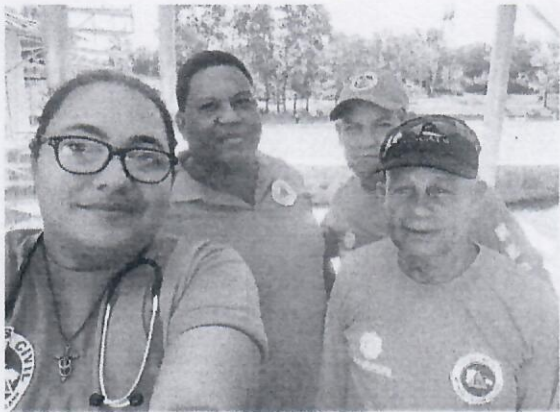
**Dra. Yohanna Leyba Zorrilla**

Encargada del Departamento Médico  
de la Defensa Civil.

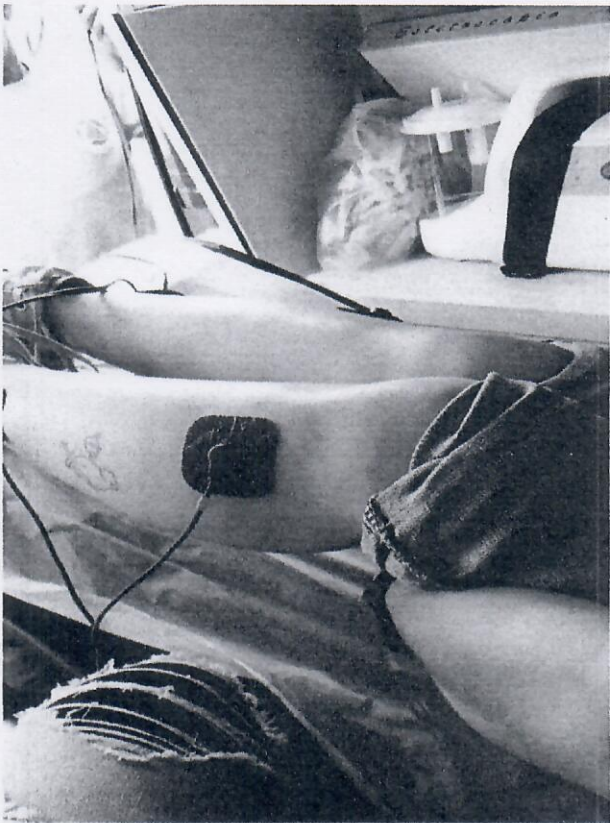


¡Defensa Civil Somos Todos!

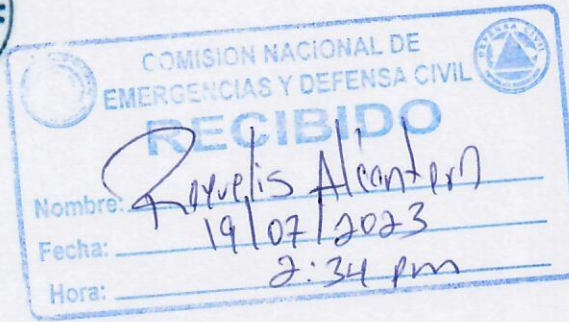












Santo Domingo, D. N.,  
19 de julio del 2023.

**Al :** Director Ejecutivo de la Defensa Civil y Presidente de la Comisión Nacional de Emergencia.

**Del :** Presidenta del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia de la Defensa Civil.

**Asunto :** Informe de Jornada de Prueba de Covid-19.

**Anexos :** a) informe enviado por el Encargado de la División de Gestión de Riesgo.

**Cortésmente,** me dirijo a su despacho con la finalidad de hacer de su conocimiento, que en cumplimiento con el plan de trabajo del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia, hemos realizado un operativo de realización de prueba de Covid-19, debido al aumento de los casos a nivel nacional, por lo que en coordinación con el Ministerio de Salud Pública fue realizado una jornadas con empleados y familiares, siendo detectados unos tres(3) casos positivos en más de cien (100) pruebas realizadas tal y como consta en informe enviado por el Encargado de la División de Gestión de Riesgo (anexo), procediendo inmediatamente a proveerle los medicamentos necesarios para preservar su salud a estos servidores y los mismos ya están en franca recuperación. Lo que le informo para su conocimiento. Sin otro particular le saluda.

Con sentimiento de alta estima y consideración.

  
**Lic. Rafaelina Espiritu Fulgencio.**  
Presidenta del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia  
Encargado de la División de Gestión de Riesgo

**¡Defensa Civil Somos Todos!**



Santo Domingo, D. N.,  
14 de julio del 2023.

**A la** : **Presidenta del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia de la Defensa Civil.**

**Del** : **Secretario del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia y Encargado de la División de Gestión de Riesgo de la Defensa Civil.**

**Asunto** : **Informe de Jornada de Prueba de Covid-19.**

**Anexos** : **a) Fotografía de la jornada.**

**Cortésmente**, me dirijo a su despacho con la finalidad de hacer de su conocimiento, que en cumplimiento a nuestro plan de trabajo como Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia, hemos realizado un operativo de realización de prueba de Covid-19, debido al aumento de los casos a nivel nacional, por lo que en coordinación con el Ministerio de Salud Pública se realizaron estas jornadas con empleados y familiares, siendo detectados unos tres(3) casos positivos en más de cien (100) pruebas realizadas y procediendo inmediatamente a proveerle los medicamentos necesarios para preservar su salud. Lo que le informo para su conocimiento. Sin otro particular le saluda.

Con sentimiento de alta estima y consideración.

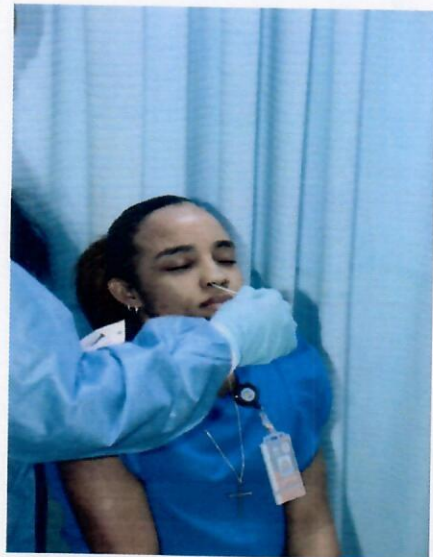


**Lic. Ramón de la Rosa A.**  
Secretario del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia  
Encargado de la División de Gestión de Riesgo

**iDefensa Civil Somos Todos!**



Fotos Jornada de Prueba de Covid-19 julio 2023





INFORME DE RESULTADOS

Procedencia: Área VI de Salud

Nombre Completo: Nina Emilia

Rodriguez

Sexo: F  M  cédula: 001-1105926-7

Dirección: Carista Ray

Teléfono: 829-961-8800

Departamento: EPIDEMIOLOGÍA

Resultado NO aglutina Colectado 10-7-2023

COVID 19 ANTIGENO  
Muestra: Sec. Nasofaríngea



Departamento De Epidemiología

INFORME DE RESULTADOS

Procedencia: Área VI de Salud

Nombre Completo: Ramón

De la Rosa Avilio.

Sexo: F  M  cédula: 001-0022982-2

Dirección: C/ #35 San Felipe

Teléfono: Villa Mella.  
829.961-8883

Departamento: EPIDEMIOLOGÍA

Resultado NO aglutina Colectado 10-7-2023

COVID 19 ANTIGENO  
Muestra: Sec. Nasofaríngea



Departamento De Epidemiología





**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Centro notificador: AVEA D Fecha de atención: 10-7-2025  
 N.º de expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENFERMO**

Apellidos: Reyes Almanzar Nombres: Scarlet P. Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable: es menor de edad  
 Sexo: 1. Masculino  2. Femenino  Fecha de nacimiento: 11/03/95 Edad: 28 años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1. Si 2. No  Semanas de amenorrea: \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: ///  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 001-1945631-7 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 N.º de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana:  
 Calle y N.º: Mamuel Brando Lugar(es) de referencia(s): 809-245-2035  
 Provincia: Sainto Domingo Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: \_\_\_\_\_ Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  
 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: ///  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

| Generales o sistémicos                        | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares                  | Gastrointestinales y renales                  | Neurológicos   | Hemorrágicos/Hemáticos                        |
|---|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre               | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival                 | <input type="checkbox"/> Tos seca                 | <input type="checkbox"/> Sialorrea            | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca   | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos          | <input type="checkbox"/> Lesión laríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva           | <input type="checkbox"/> Náuseas              | <input type="checkbox"/> Rigidez   | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal       |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva  | <input type="checkbox"/> Lesión faríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días | <input type="checkbox"/> Vómitos              | <input type="checkbox"/> Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Sangrado por encías  |
| <input type="checkbox"/> Malestar general     | <input type="checkbox"/> Lesión nasal                          | <input type="checkbox"/> Tos paroxística          | <input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa    | <input type="checkbox"/> Signo de Kernig   | <input type="checkbox"/> Sangre en el esputo  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad            | <input type="checkbox"/> Ictericia                             | <input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza          | <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa       | <input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski                                     | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre    |
| <input type="checkbox"/> Cansancio            | <input type="checkbox"/> Prurito                               | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal      | <input type="checkbox"/> Signo de Babinski                                       | <input type="checkbox"/> Sangrado genital     |
| <input type="checkbox"/> Postración           | <input type="checkbox"/> Torniquete positivo                   | <input type="checkbox"/> Estridor                 | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad   | <input type="checkbox"/> Sangre en heces      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Erupción maculopapular                | <input type="checkbox"/> Cianosis                 |   | <input type="checkbox"/> Fontanela abombada                                      | <input type="checkbox"/> Orina color café     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> Erupción vesicular                    | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal         | <input type="checkbox"/> Calambre abdominal   | <input type="checkbox"/> Alteración conciencia                                   | <input type="checkbox"/> Petequias            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso      | Fecha inicio erupción <u>///</u>                               | <input type="checkbox"/> Esternudo                | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia        | <input type="checkbox"/> Somnolencia   | <input type="checkbox"/> Equimosis            |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa       | <input type="checkbox"/> Manchas de Koplik                     | <input type="checkbox"/> Estertores crepitantes   | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia       | <input type="checkbox"/> Alteración de la conducta                               | <input type="checkbox"/> Púrpura              |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación       | <input type="checkbox"/> Erupción cara                         | <input type="checkbox"/> Sibilancia               | <input type="checkbox"/> Insuf. Hepática      | <input type="checkbox"/> Hidrofobia  | <input type="checkbox"/> Ascitis              |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares  | <input type="checkbox"/> Erupción tórax                        | <input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda   | <input type="checkbox"/> Fotofobia   | <input type="checkbox"/> Hemococoncentración  |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares   | <input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos              | <input type="checkbox"/> Taquicardia              |   | <input type="checkbox"/> Trismos   | <input type="checkbox"/> Leucopenia           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla | <input type="checkbox"/> Agresión animal                       | <input type="checkbox"/> Hipotensión              |   | <input type="checkbox"/> Opistótonos   | <input type="checkbox"/> Leucocitosis         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos    | <input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Taquipnea                |   | <input type="checkbox"/> Espasmos  | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta    |  | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda  |   | <input type="checkbox"/> Risa sardónica  | <input type="checkbox"/> LCR turbio           |
| <input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo     |  | <input type="checkbox"/> Derrame pleural          |   | <input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN                             | <input type="checkbox"/> LCR claro            |
| <input type="checkbox"/> Edema de cuello      |  | <input type="checkbox"/> Prote pericárdico        |   | <input type="checkbox"/> Parálisis espástica                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Adenopatía           |  |   |   | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>///</u> |   |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_  
**COMORBILIDAD:**  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión/Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: /// Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: ///

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio N.º: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: ///  
 Causas de muerte en el certificado:  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave  
 Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva  
 Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: ///

*Handwritten signature: N. J. J.*





19

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dirección General de Epidemiología

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Módulo de Vigilancia Especial

Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



DATOS DEL NOTIFICADOR

Centro notificador: Area D Fecha de atención: 10-7-2023

Nº. de expediente:

DATOS DEL ENFERMO

Apellidos: Reyes Diaz Nombres: Y Stenny A Apodo:

Nombre del Responsable: es menor de edad:

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Fecha de nacimiento: 21/03/78 Edad: 44 años Si es <1 año: Meses Días Horas

Embarazada: 1. Si 2. No Semanas de amenorrea: Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: / /

Ocupación:

Grupo ocupacional: 001-1207759-9 Actividad ocupacional: Código de ocupación:

Nº. de cédula/Pasaporte: Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado ARS: NSS: Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana

Calle y Nº. Charles de Gaulle Causa(s) de referencia(s): 829-843-9857 -

Provincia: Municipio: Distrito Municipal: Sección: Barrio o paraje: Sub-harrio: DPS/DAS: Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro Teléfonos:

Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto

Nombre del colectivo:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido

Nombre de la enfermedad sospechada: Código CIE: Fecha de inicio de síntomas: / /

Semana epidemiológica: Sitio primario: Tipo histológico:

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Table with 6 columns: Generales o sistémicos, Mucosa y Piel, Respiratorios y cardiovasculares, Gastrointestinales y renales, Neurológicos, Hemorrágicos/Hemáticos. Contains various symptoms like fever, cough, diarrhea, etc.

COMORBILIDAD: Desnutrición Sobre peso/obesidad Enfermedad respiratoria crónica Diabetes Hipertensión/Otra vascular VIH/SIDA Falcemia Tuberculosis Tratamientos inmunosupresores Desconocida Ninguna Otra

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: / / Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: / /

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio Nº.: Fecha fallecimiento: / /

Causas de muerte en el certificado: A B C D

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave

Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: Cargo: Teléfonos: Fecha de notificación: / /





18

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Centro notificador: Area IV Fecha de atención: 10-7-2023  
 N.º de expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENFERMO**

Apellidos: Alcantara Nombres: Emeraldo Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable si es menor de edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: 09/09/79 Edad: 44 años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1.Sí 2.No Semanas de amenorrea \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1.Embarazo 2.Parto 3.Puerperio Tipo de parto: 1.Vaginal 2.Cesárea Fecha de parto: 1/1  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 001-1311077-2 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 N.º de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1.Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana:  
 Calle y N.º: Casa Isabela Lugar(es) de referencia(s): 809-613-4721  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: S.A.E. Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: \_\_\_\_\_ Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1.Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  
 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

¿Recibió atención médica? 1. Sí 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: 1/1  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

| Generales o sistémicos                        | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares                  | Gastrointestinales y renales                  | Neurológicos   | Hemorragicos/Hemáticos                        |
|---|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre               | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival                 | <input type="checkbox"/> Tos seca                 | <input type="checkbox"/> Sialorrea            | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca   | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos          | <input type="checkbox"/> Lesión laríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva           | <input type="checkbox"/> Náuseas              | <input type="checkbox"/> Rigidez   | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal       |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva  | <input type="checkbox"/> Lesión faríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días | <input type="checkbox"/> Vómitos              | <input type="checkbox"/> Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Sangrado por encías  |
| <input type="checkbox"/> Malestar general     | <input type="checkbox"/> Lesión nasal                          | <input type="checkbox"/> Tos paroxística          | <input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa    | <input type="checkbox"/> Signo de Kernig   | <input type="checkbox"/> Sangre en el esputo  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad            | <input type="checkbox"/> Ictericia                             | <input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza          | <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa       | <input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski                                     | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre    |
| <input type="checkbox"/> Cansancio            | <input type="checkbox"/> Prurito                               | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal      | <input type="checkbox"/> Signo de Babinski                                       | <input type="checkbox"/> Sangrado genital     |
| <input type="checkbox"/> Postración           | <input type="checkbox"/> Torniquete positivo                   | <input type="checkbox"/> Estridor                 | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad   | <input type="checkbox"/> Sangre en heces      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Erupción maculopapular                | <input type="checkbox"/> Cianosis                 |   | <input type="checkbox"/> Fontanela abombada                                      | <input type="checkbox"/> Orina color café     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> Erupción vesicular                    | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal         | <input type="checkbox"/> Calambre abdominal   | <input type="checkbox"/> Alteración conciencia                                   | <input type="checkbox"/> Petequias            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso      | Fecha inicio erupción <u>1/1</u>                               | <input type="checkbox"/> Estorruído               | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia        | <input type="checkbox"/> Somnolencia   | <input type="checkbox"/> Equimosis            |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa       | <input type="checkbox"/> Manchas de Koplik                     | <input type="checkbox"/> Estertores crepitantes   | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia       | <input type="checkbox"/> Alteración de la conducta                               | <input type="checkbox"/> Púrpura              |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación       | <input type="checkbox"/> Erupción cara                         | <input type="checkbox"/> Sibilancia               | <input type="checkbox"/> Insuf. Hepática      | <input type="checkbox"/> Hidrofobia  | <input type="checkbox"/> Ascitis              |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares  | <input type="checkbox"/> Erupción tórax                        | <input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda   | <input type="checkbox"/> Fotofobia   | <input type="checkbox"/> Hemoconcentración    |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares   | <input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos              | <input type="checkbox"/> Taquicardia              |   | <input type="checkbox"/> Trismos   | <input type="checkbox"/> Leucopenia           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla | <input type="checkbox"/> Agresión animal                       | <input type="checkbox"/> Hipotensión              |   | <input type="checkbox"/> Opistótonos   | <input type="checkbox"/> Leucocitosis         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos    | <input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Taquipnea                |   | <input type="checkbox"/> Espasmos  | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta    |  | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda  |   | <input type="checkbox"/> Risa sardónica  | <input type="checkbox"/> LCR turbio           |
| <input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo     |  | <input type="checkbox"/> Derrame pleural          |   | <input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN                             | <input type="checkbox"/> LCR claro            |
| <input type="checkbox"/> Edema de cuello      |  | <input type="checkbox"/> Prote pericárdico        |   | <input type="checkbox"/> Parálisis espástica                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Adenopatía           |  |   |   | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>1/1</u> |   |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_  
 COMORBILIDAD:  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión/Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1.Sí 2.No Fecha toma de muestra: 1/1 Antibioterapia previa muestra: 1.Sí 2.No Fecha de antibioterapia: 1/1

Condición del paciente: 1.Vivo 2.Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio N.º: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: 1/1

Causas de muerte en el certificado:  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_

Gravedad: 1.Sin signos de alarma 2.Con signos de alarma 3.Grave

Fuente de detección: 1.Búsqueda comunitaria 2.Búsqueda institucional 3.Certificado de defunción 4.Denuncia/Rumor 5.Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: 1/1

*Neg*



018-0044724-3



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dirección General de Epidemiología

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Módulo de Vigilancia Especial

Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



| DATOS DEL NOTIFICADOR   |  |   |   |  |   |
|---|--|---|---|--|---|
| Centro notificador: <u>Avca III</u>   |  |   | Fecha de atención: <u>10-17-2023</u>          |  |   |
| Nº. de expediente: _____  |  |   |   |  |   |
| DATOS DEL ENFERMO   |  |   |   |  |   |
| Apellidos: <u>Matos Cordero</u>   |  | Nombres: <u>Duane A.</u>  |   | Apellido: _____  |   |
| Nombre del Responsable si es menor de edad: _____   |  |   |   |  |   |
| Sexo: <u>1. Masculino</u> 2. Femenino Fecha de nacimiento: <u>2018/17/8</u> Edad: <u>40</u> años Si es <1 año: _____ Meses _____ Días _____ Horas   |  |   |   |  |   |
| Embarazada: 1. Si 2. No Semanas de amenorrea _____ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: <u>///</u>  |  |   |   |  |   |
| Ocupación: _____ Actividad ocupacional: _____   |  |   |   |  |   |
| Grupo ocupacional: _____ Código de ocupación: _____   |  |   |   |  |   |
| Nº. de cédula/Pasaporte: _____ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado   |  |   |   |  |   |
| ARS: _____ NSS: _____ Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior   |  |   |   |  |   |
| Dirección de residencia habitual en República Dominicana  |  |   |   |  |   |
| Calle y Nº. <u>Ed. Natali</u>   |  | Lugar(es) de referencia(s): <u>809-714-0707</u>   |   |  |   |
| Provincia: _____  |  | Municipio: _____  |   | Distrito Municipal: _____  |   |
| Sección: _____  |  | Barrio o paraje: _____  |   | Sub-barrio: _____  |   |
| Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro   |  |   |   |  |   |
| Teléfonos: _____  |  |   |   |  |   |
| Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  |  |   |   |  |   |
| 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  |  |   |   |  |   |
| Nombre del colectivo: _____   |  |   |   |  |   |
| DATOS DE LA ENFERMEDAD  |  |   |   |  |   |
| ¿Recibí atención médica? 1. Si 2. No  |  | Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido |   |  |   |
| Nombre de la enfermedad sospechada: _____   |  |   |   |  |   |
| Código CIE: _____ Fecha de inicio de síntomas: <u>///</u>   |  |   |   |  |   |
| Semana epidemiológica: _____  |  | Sitio primario: _____ Tipo histológico: _____   |   |  |   |
| SIGNOS Y SÍNTOMAS   |  |   |   |  |   |
| Generales o sistémicos  | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares  | Gastrointestinales y renales                  | Neurológicos   | Hemorrágicos/Hemáticos                        |
| <input type="checkbox"/> Fiebre   | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival                 | <input type="checkbox"/> Tos seca   | <input type="checkbox"/> Sialorrea            | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca   | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos  | <input type="checkbox"/> Lesión laríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva   | <input type="checkbox"/> Náuseas              | <input type="checkbox"/> Rigidez   | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal       |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva  | <input type="checkbox"/> Lesión faríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días   | <input type="checkbox"/> Vómitos              | <input type="checkbox"/> Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Sangrado por encías  |
| <input type="checkbox"/> Malestar general   | <input type="checkbox"/> Lesión nasal                          | <input type="checkbox"/> Tos paroxística  | <input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa    | <input type="checkbox"/> Signo de Kernig   | <input type="checkbox"/> Sangre en el esputo  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad  | <input type="checkbox"/> Ictericia                             | <input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza  | <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa       | <input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski                                     | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre    |
| <input type="checkbox"/> Cansancio  | <input type="checkbox"/> Prurito                               | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal      | <input type="checkbox"/> Signo de Babinski                                       | <input type="checkbox"/> Sangrado genital     |
| <input type="checkbox"/> Postración   | <input type="checkbox"/> Torniquete positivo                   | <input type="checkbox"/> Estridor   | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad   | <input type="checkbox"/> Sangre en heces      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza  | <input type="checkbox"/> Erupción maculopapular                | <input type="checkbox"/> Cianosis   | <input type="checkbox"/> Calambre abdominal   | <input type="checkbox"/> Fontanela abombada                                      | <input type="checkbox"/> Orina color café     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> Erupción vesicular                    | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal   | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia        | <input type="checkbox"/> Alteración conciencia                                   | <input type="checkbox"/> Petequias            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso  | Fecha inicio erupción <u>///</u>                               | <input type="checkbox"/> Estornudo  | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia       | <input type="checkbox"/> Somnolencia   | <input type="checkbox"/> Equimosis            |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa   | <input type="checkbox"/> Manchas de Koplik                     | <input type="checkbox"/> Estertores crepitantes   | <input type="checkbox"/> Insuf. Hepática      | <input type="checkbox"/> Alteración de la conducta                               | <input type="checkbox"/> Púrpura              |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación   | <input type="checkbox"/> Erupción cara                         | <input type="checkbox"/> Sibilancia   | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda   | <input type="checkbox"/> Hidrofobia  | <input type="checkbox"/> Ascitis              |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares  | <input type="checkbox"/> Erupción tórax                        | <input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular   |   | <input type="checkbox"/> Fotofobia   | <input type="checkbox"/> Hemoconcentración    |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares   | <input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos              | <input type="checkbox"/> Taquicardia  |   | <input type="checkbox"/> Trismos   | <input type="checkbox"/> Leucopenia           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla   | <input type="checkbox"/> Agresión animal                       | <input type="checkbox"/> Hipotensión  |   | <input type="checkbox"/> Opistótonos   | <input type="checkbox"/> Leucocitosis         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos  | <input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Taquipnea  |   | <input type="checkbox"/> Espasmos  | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta  |  | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda  |   | <input type="checkbox"/> Risa sardónica  | <input type="checkbox"/> LCR turbio           |
| <input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo   |  | <input type="checkbox"/> Exudado pleural  |   | <input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN                             | <input type="checkbox"/> LCR claro            |
| <input type="checkbox"/> Edema de cuello  |  | <input type="checkbox"/> Frote pericárdico  |   | <input type="checkbox"/> Parálisis espástica                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Adenopatía   |  |   |   | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>///</u> |   |
| Otros signos y/o síntomas: _____  |  |   |   |  |   |
| COMORBILIDAD: <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Sobre peso/obesidad <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión/Otra vascular <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Falcemia |  |   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tratamientos inmunosupresores <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____  |  |   |   |  |   |
| ¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: <u>///</u> Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: <u>///</u>  |  |   |   |  |   |
| Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio Nº.: _____ Fecha fallecimiento: <u>///</u>   |  |   |   |  |   |
| Causas de muerte en el certificado: _____   |  |   |   |  |   |
| A _____   |  |   |   |  |   |
| B _____   |  |   |   |  |   |
| C _____   |  |   |   |  |   |
| D _____   |  |   |   |  |   |
| Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave  |  |   |   |  |   |
| Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva   |  |   |   |  |   |
| Nombre de quien notifica: _____ Cargo: _____  |  |   |   |  |   |
| Teléfonos: _____ Fecha de notificación: <u>///</u>  |  |   |   |  |   |

*Neg.*





**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Centro notificador: AVCA SA Fecha de atención: \_\_\_\_\_  
 N.º de expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENFERMO**

Apellidos: Leonora Valera Nombres: Guillermo F. Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable si es menor de edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Fecha de nacimiento: 22/1/91 Edad: \_\_\_\_\_ años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1. Si 2. No Semanas de amenerrea \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: ///  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 402-2136029-6 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 N.º de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana  
 Calle y N.º: C/4ta 790 Lugar(es) de referencia(s): 829-879-5683  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: S.A.S. Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  
 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: ///  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

| Generales o sistémicos                        | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares                  | Gastrointestinales y renales                  | Neurológicos   | Hemorrágicos/Hemáticos                        |
|---|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre               | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival                 | <input type="checkbox"/> Tos seca                 | <input type="checkbox"/> Sialorrea            | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca   | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos          | <input type="checkbox"/> Lesión laríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva           | <input type="checkbox"/> Náuseas              | <input type="checkbox"/> Rigidez   | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal       |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva  | <input type="checkbox"/> Lesión faringea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días | <input type="checkbox"/> Vómitos              | <input type="checkbox"/> Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Sangrado por encías  |
| <input type="checkbox"/> Malestar general     | <input type="checkbox"/> Lesión nasal                          | <input type="checkbox"/> Tos paroxística          | <input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa    | <input type="checkbox"/> Signo de Kernig   | <input type="checkbox"/> Sangre en el esputo  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad            | <input type="checkbox"/> Ictericia                             | <input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza          | <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa       | <input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski                                     | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre    |
| <input type="checkbox"/> Cansancio            | <input type="checkbox"/> Prurito                               | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal      | <input type="checkbox"/> Signo de Babinski                                       | <input type="checkbox"/> Sangrado genital     |
| <input type="checkbox"/> Postración           | <input type="checkbox"/> Torniquete positivo                   | <input type="checkbox"/> Estridor                 | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad   | <input type="checkbox"/> Sangre en heces      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Erupción maculopapular                | <input type="checkbox"/> Cianosis                 | <input type="checkbox"/> Calambre abdominal   | <input type="checkbox"/> Fontanela abombada                                      | <input type="checkbox"/> Orina color café     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> Erupción vesicular                    | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal         | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia        | <input type="checkbox"/> Alteración conciencia                                   | <input type="checkbox"/> Petequias            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso      | Fecha inicio erupción <u>///</u>                               | <input type="checkbox"/> Estornudo                | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia       | <input type="checkbox"/> Somnolencia   | <input type="checkbox"/> Equimosis            |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa       | <input type="checkbox"/> Manchas de Koplik                     | <input type="checkbox"/> Estertores crepitantes   | <input type="checkbox"/> Insuf. Hepática      | <input type="checkbox"/> Alteración de la conducta                               | <input type="checkbox"/> Púrpura              |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación       | <input type="checkbox"/> Erupción cara                         | <input type="checkbox"/> Sibilancia               | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda   | <input type="checkbox"/> Hidrofobia  | <input type="checkbox"/> Ascitis              |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares  | <input type="checkbox"/> Erupción tórax                        | <input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular |   | <input type="checkbox"/> Fotofobia   | <input type="checkbox"/> Hemoconcentración    |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares   | <input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos              | <input type="checkbox"/> Taquicardia              |   | <input type="checkbox"/> Trismos   | <input type="checkbox"/> Leucopenia           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla | <input type="checkbox"/> Agresión animal                       | <input type="checkbox"/> Hipotensión              |   | <input type="checkbox"/> Opistótonos   | <input type="checkbox"/> Leucocitosis         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos    | <input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Taquipnea                |   | <input type="checkbox"/> Espasmos  | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta    |  | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda  |   | <input type="checkbox"/> Risa sardónica  | <input type="checkbox"/> LCR turbio           |
| <input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo     |  | <input type="checkbox"/> Derrame pleural          |   | <input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN                             | <input type="checkbox"/> LCR claro            |
| <input type="checkbox"/> Edema de cuello      |  | <input type="checkbox"/> Frote pericárdico        |   | <input type="checkbox"/> Parálisis espástica                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Adenopatía           |  |   |   | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>///</u> |   |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_  
**COMORBILIDAD:**  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión  Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: /// Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: ///

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio N.º: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: ///  
 Causas de muerte en el certificado:  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave  
 Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: ///

16 Neg.





**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)

#1



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Centro notificador: AREA UP Fecha de atención: 13-7-2023  
 No. de expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENFERMO**

Apellidos: Brito Figueras Nombres: Amauri Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable si es menor de edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: 07/01/76 Edad: 46 años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1.Sí 2.No Semanas de amenorrea \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1.Embarazo 2.Parto 3.Puerperio Tipo de parto: 1.Vaginal 2.Cesárea Fecha de parto: ///  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 01-0364285-6 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 No. de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2.Subsidiado 3.Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1.Sin educación 2.Primaria (1-4) 3.Primaria (5-8) 4.Secundaria 5.Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana  
 Calle y No. C/6 # 190 Lugar(es) de referencia(s): 829-961-8891  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: Capatzen Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: \_\_\_\_\_ Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1.Urbano 2.Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2.Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  
 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

¿Recibió atención médica? 1. Sí 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: ///  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológica: \_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

| Generales o sistémicos   | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares  | Gastrointestinales y renales  | Neurológicos  | Hemorrágicos/Hemáticos  |
|--|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre<br><input type="checkbox"/> Escalofríos<br><input type="checkbox"/> Sudoración excesiva<br><input type="checkbox"/> Malestar general<br><input type="checkbox"/> Debilidad<br><input type="checkbox"/> Cansancio<br><input type="checkbox"/> Postración<br><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<br><input type="checkbox"/> Pérdida de apetito<br><input type="checkbox"/> Pérdida de peso<br><input type="checkbox"/> Visión borrosa<br><input type="checkbox"/> Deshidratación<br><input type="checkbox"/> Dolores articulares<br><input type="checkbox"/> Dolores musculares<br><input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla<br><input type="checkbox"/> Dolor en los ojos<br><input type="checkbox"/> Dolor de garganta<br><input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo<br><input type="checkbox"/> Edema de cuello<br><input type="checkbox"/> Adenopatía | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival<br><input type="checkbox"/> Lesión laríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión faríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión nasal<br><input type="checkbox"/> Ictericia<br><input type="checkbox"/> Prurito<br><input type="checkbox"/> Tomiquete positivo<br><input type="checkbox"/> Erupción maculopapular<br><input type="checkbox"/> Erupción vesicular<br>Fecha inicio erupción <u>///</u><br><input type="checkbox"/> Manchas de Koplik<br><input type="checkbox"/> Erupción cara<br><input type="checkbox"/> Erupción tórax<br><input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos<br><input type="checkbox"/> Agresión animal<br><input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Tos seca<br><input type="checkbox"/> Tos productiva<br><input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días<br><input type="checkbox"/> Tos paroxística<br><input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza<br><input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria<br><input type="checkbox"/> Estridor<br><input type="checkbox"/> Cianosis<br><input type="checkbox"/> Congestión Nasal<br><input type="checkbox"/> Estornudo<br><input type="checkbox"/> Estertores crepitantes<br><input type="checkbox"/> Sibilancia<br><input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Hipotensión<br><input type="checkbox"/> Taquipnea<br><input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda<br><input type="checkbox"/> Derrame pleural<br><input type="checkbox"/> Prote pericárdico | <input type="checkbox"/> Sialorrea<br><input type="checkbox"/> Náuseas<br><input type="checkbox"/> Vómitos<br><input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa<br><input type="checkbox"/> Diarrea acuosa<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Distensión abdominal<br><input type="checkbox"/> Calambre abdominal<br><input type="checkbox"/> Hepatomegalia<br><input type="checkbox"/> Esplenomegalia<br><input type="checkbox"/> Insuf. Hepática<br><input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca<br><input type="checkbox"/> Rigidez<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Signo de Kernig<br><input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski<br><input type="checkbox"/> Signo de Babinski<br><input type="checkbox"/> Irritabilidad<br><input type="checkbox"/> Fontanela abombada<br><input type="checkbox"/> Alteración conciencia<br><input type="checkbox"/> Somnolencia<br><input type="checkbox"/> Alteración de la conducta<br><input type="checkbox"/> Hidrofobia<br><input type="checkbox"/> Fotofobia<br><input type="checkbox"/> Trismos<br><input type="checkbox"/> Opistótonos<br><input type="checkbox"/> Espasmos<br><input type="checkbox"/> Risa sardónica<br><input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN<br><input type="checkbox"/> Parálisis espástica<br><input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>///</u> | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival<br><input type="checkbox"/> Sangrado nasal<br><input type="checkbox"/> Sangrado por encías<br><input type="checkbox"/> Sangre en el esputo<br><input type="checkbox"/> Vómitos de sangre<br><input type="checkbox"/> Sangrado genital<br><input type="checkbox"/> Sangre en heces<br><input type="checkbox"/> Orina color café<br><input type="checkbox"/> Petequias<br><input type="checkbox"/> Equimosis<br><input type="checkbox"/> Púrpura<br><input type="checkbox"/> Ascitis<br><input type="checkbox"/> Hemococoncentración<br><input type="checkbox"/> Leucopenia<br><input type="checkbox"/> Leucocitosis<br><input type="checkbox"/> Trombocitopenia<br><input type="checkbox"/> LCR turbio<br><input type="checkbox"/> LCR claro |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_  
 COMORBILIDAD:  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión/Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1.Sí 2.No Fecha toma de muestra: /// Antibioterapia previa muestra: 1.Sí 2.No Fecha de antibioterapia: ///

Condición del paciente: 1.Vivo 2.Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Follo No.: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: ///  
 Causas de muerte en el certificado:  
 A \_\_\_\_\_  
 B \_\_\_\_\_  
 C \_\_\_\_\_  
 D \_\_\_\_\_

Gravedad: 1.Sin signos de alarma 2.Con signos de alarma 3.Grave  
 Fuente de detección: 1.Búsqueda comunitaria 2.Búsqueda institucional 3.Certificado de defunción 4.Denuncia/Rumor 5.Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: ///

**OBSERVACIONES**

*N. ref.*





D.C

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)

12



DATOS DEL NOTIFICADOR

Centro notificador: Area IV Fecha de atención: 13-7-2023  
 N.º de expediente: \_\_\_\_\_

DATOS DEL ENFERMO

Apellidos: Pardame Nombres: Juan - R Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable si es menor de edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: 05/11/97 Edad: 26 años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1.Sí 2.No Semanas de amenorrea \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1.Embarazo 2.Parto 3.Puerperio Tipo de parto: 1.Vaginal 2.Cesárea Fecha de parto: 1/1  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 047-0215047-5 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 N.º de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2.Subsidiado 3.Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1.Sin educación 2.Primaria (1-4) 3.Primaria (5-8) 4.Secundaria 5.Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana  
 Calle y N.º: S-D-N Lugar(es) de referencia(s): 809-739-4220  
 Provincia: Sabana Municipio: Los Reyes Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: \_\_\_\_\_ Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1.Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2.Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA ENFERMEDAD

¿Recibió atención médica? 1. Sí 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: 1/1  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_\_\_

SIGNOS Y SÍNTOMAS

| Generales o sistémicos                        | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares                  | Gastrointestinales y renales                  | Neurológicos   | Hemorrágicos/Hemáticos                        |
|---|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre               | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival                 | <input type="checkbox"/> Tos seca                 | <input type="checkbox"/> Sialorrea            | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca   | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos          | <input type="checkbox"/> Lesión laríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva           | <input type="checkbox"/> Náuseas              | <input type="checkbox"/> Rigidez   | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal       |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva  | <input type="checkbox"/> Lesión faringea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días | <input type="checkbox"/> Vómitos              | <input type="checkbox"/> Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Sangrado por encías  |
| <input type="checkbox"/> Malestar general     | <input type="checkbox"/> Lesión nasal                          | <input type="checkbox"/> Tos paroxística          | <input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa    | <input type="checkbox"/> Signo de Kernig   | <input type="checkbox"/> Sangre en el esputo  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad            | <input type="checkbox"/> Ictericia                             | <input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza          | <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa       | <input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski                                     | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre    |
| <input type="checkbox"/> Cansancio            | <input type="checkbox"/> Prurito                               | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal      | <input type="checkbox"/> Signo de Babinski                                       | <input type="checkbox"/> Sangrado general     |
| <input type="checkbox"/> Postración           | <input type="checkbox"/> Torniquete positivo                   | <input type="checkbox"/> Estridor                 | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad   | <input type="checkbox"/> Sangre en heces      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Erupción maculopapular                | <input type="checkbox"/> Cianosis                 | <input type="checkbox"/> Calambre abdominal   | <input type="checkbox"/> Fontanela abombada                                      | <input type="checkbox"/> Orina color café     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> Erupción vesicular                    | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal         | <input type="checkbox"/> Estornudo            | <input type="checkbox"/> Alteración conciencia                                   | <input type="checkbox"/> Petequias            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso      | Fecha inicio erupción <u>1/1</u>                               | <input type="checkbox"/> Estertores crepitantes   | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia        | <input type="checkbox"/> Somnolencia   | <input type="checkbox"/> Equimosis            |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa       | <input type="checkbox"/> Manchas de Koplik                     | <input type="checkbox"/> Sibilancia               | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia       | <input type="checkbox"/> Alteración de la conducta                               | <input type="checkbox"/> Púrpura              |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación       | <input type="checkbox"/> Erupción cara                         | <input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular | <input type="checkbox"/> Insuf. Hepática      | <input type="checkbox"/> Hidrofobia  | <input type="checkbox"/> Ascitis              |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares  | <input type="checkbox"/> Erupción tórax                        | <input type="checkbox"/> Taquicardia              | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda   | <input type="checkbox"/> Fotofobia   | <input type="checkbox"/> Hemoconcentración    |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares   | <input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos              | <input type="checkbox"/> Hipotensión              |   | <input type="checkbox"/> Trismos   | <input type="checkbox"/> Leucopenia           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla | <input type="checkbox"/> Agresión animal                       | <input type="checkbox"/> Taquipnea                |   | <input type="checkbox"/> Opistótonos   | <input type="checkbox"/> Leucocitosis         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos    | <input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda  |   | <input type="checkbox"/> Espasmos  | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta    |  | <input type="checkbox"/> Derrame pleural          |   | <input type="checkbox"/> Risa sardónica  | <input type="checkbox"/> LCR turbio           |
| <input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo     |  | <input type="checkbox"/> Frote pericárdico        |   | <input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN                             | <input type="checkbox"/> LCR claro            |
| <input type="checkbox"/> Edema de cuello      |  |   |   | <input type="checkbox"/> Parálisis espástica                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Adenopatía           |  |   |   | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>1/1</u> |   |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_  
 COMORBILIDAD:  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión/Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1.Sí 2.No Fecha toma de muestra: 1/1 Antibioterapia previa muestra: 1.Sí 2.No Fecha de antibioterapia: 1/1

Condición del paciente: 1.Vivo 2.Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Follo N.º: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: 1/1  
 Causas de muerte en el certificado:  
 A \_\_\_\_\_  
 B \_\_\_\_\_  
 C \_\_\_\_\_  
 D \_\_\_\_\_

Gravedad: 1.Sin signos de alarma 2.Con signos de alarma 3.Grave  
 Fuente de detección: 1.Búsqueda comunitaria 2.Búsqueda institucional 3.Certificado de defunción 4.Denuncia/Rumor 5.Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: 1/1

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_





D. E

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)

13



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Centro notificador: Arca-SEP Fecha de atención: 13-11-2023  
 N.º de expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENFERMO**

Apellidos: Familia A. Nombres: Dahiana Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable si es menor de edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo: 1. Masculino 2.  Femenino Fecha de nacimiento: 02/05/83 Edad: 39 años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1. Si 2.  No Semanas de amenorrea \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: 1/1  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 001-1667678-4 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 N.º de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana  
 Calle y N.º: Gombó Lugar(es) de referencia(s): 509-1713-1791  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: \_\_\_\_\_ Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  
 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: 1/1/  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

| Generales o sistémicos                        | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares                  | Gastrointestinales y renales                  | Neurológicos  | Hemorrágicos/Hemáticos                        |
|---|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre               | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival                 | <input type="checkbox"/> Tos seca                 | <input type="checkbox"/> Sinlorrea            | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca  | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos          | <input type="checkbox"/> Lesión laríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva           | <input type="checkbox"/> Náuseas              | <input type="checkbox"/> Rigidez  | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal       |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva  | <input type="checkbox"/> Lesión faríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días | <input type="checkbox"/> Vómitos              | <input type="checkbox"/> Convulsiones   | <input type="checkbox"/> Sangrado por encías  |
| <input type="checkbox"/> Malestar general     | <input type="checkbox"/> Lesión nasal                          | <input type="checkbox"/> Tos paroxística          | <input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa    | <input type="checkbox"/> Signo de Kernig  | <input type="checkbox"/> Sangre en el esputo  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad            | <input type="checkbox"/> Ictericia                             | <input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza          | <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa       | <input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski                                      | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre    |
| <input type="checkbox"/> Cansancio            | <input type="checkbox"/> Prurito                               | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal      | <input type="checkbox"/> Signo de Babinski  | <input type="checkbox"/> Sangrado genital     |
| <input type="checkbox"/> Postración           | <input type="checkbox"/> Tormiquete positivo                   | <input type="checkbox"/> Estridor                 | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad  | <input type="checkbox"/> Sangre en heces      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Erupción maculopapular                | <input type="checkbox"/> Cianosis                 | <input type="checkbox"/> Calambre abdominal   | <input type="checkbox"/> Fontanela abombada                                       | <input type="checkbox"/> Orina color café     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> Erupción vesicular                    | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal         | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia        | <input type="checkbox"/> Alteración conciencia                                    | <input type="checkbox"/> Petequias            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso      | Fecha inicio erupción <u>1/1</u>                               | <input type="checkbox"/> Estornudo                | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia       | <input type="checkbox"/> Somnolencia  | <input type="checkbox"/> Equimosis            |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa       | <input type="checkbox"/> Manchas de Koplik                     | <input type="checkbox"/> Estertores crepitantes   | <input type="checkbox"/> Insuf. Hepática      | <input type="checkbox"/> Alteración de la conducta                                | <input type="checkbox"/> Púrpura              |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación       | <input type="checkbox"/> Erupción cara                         | <input type="checkbox"/> Sibilancia               | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda   | <input type="checkbox"/> Hidrofobia   | <input type="checkbox"/> Ascitis              |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares  | <input type="checkbox"/> Erupción tórax                        | <input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular |   | <input type="checkbox"/> Fotofobia  | <input type="checkbox"/> Hemoconcentración    |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares   | <input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos              | <input type="checkbox"/> Taquicardia              |   | <input type="checkbox"/> Trismos  | <input type="checkbox"/> Leucopenia           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla | <input type="checkbox"/> Agresión animal                       | <input type="checkbox"/> Hipotensión              |   | <input type="checkbox"/> Opistótonos  | <input type="checkbox"/> Leucocitosis         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos    | <input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Taquipnea                |   | <input type="checkbox"/> Espasmos   | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta    |  | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda  |   | <input type="checkbox"/> Risa sardónica   | <input type="checkbox"/> LCR turbio           |
| <input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo     |  | <input type="checkbox"/> Derrame pleural          |   | <input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN                              | <input type="checkbox"/> LCR claro            |
| <input type="checkbox"/> Edema de cuello      |  | <input type="checkbox"/> Prote pericárdico        |   | <input type="checkbox"/> Parálisis espástica                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Adenopatía           |  |   |   | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>1/1/</u> |   |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_

COMORBILIDAD:  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión/Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: 1/1/ Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: 1/1/

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio N.º: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: 1/1/

Causas de muerte en el certificado:  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_

Neg.

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave

Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: 1/1/

**OBSERVACIONES:**



**Santo Domingo, D. N.,  
14 de julio del 2023.**

**A la : Presidenta del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia de la Defensa Civil.**

**Del : Secretario del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia y Encargado de la División de Gestión de Riesgo de la Defensa Civil.**

**Asunto : Informe de Jornada de Prueba de Covid-19.**

**Anexos : a) Fotografía de la jornada.**

**Cortésmente**, me dirijo a su despacho con la finalidad de hacer de su conocimiento, que en cumplimiento a nuestro plan de trabajo como Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia, hemos realizado un operativo de realización de prueba de Covid-19, debido al aumento de los casos a nivel nacional, por lo que en coordinación con el Ministerio de Salud Pública se realizaron estas jornadas con empleados y familiares, siendo detectados unos tres(3) casos positivos en más de cien (100) pruebas realizadas y procediendo inmediatamente a proveerle los medicamentos necesarios para preservar su salud. Lo que le informo para su conocimiento. Sin otro particular le saluda.

Con sentimiento de alta estima y consideración.



**Lic. Ramón de la Rosa A.**  
Secretario del Comité Mixto de Seguridad, Salud y Emergencia  
Encargado de la División de Gestión de Riesgo

**¡Defensa Civil Somos Todos!**





**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Centro notificador: Avea ID Fecha de atención: 10-7-2023  
 N.º de expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENFERMO**

Apellidos: Reyes Almanzar Nombres: Scarlet P. Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable: es menor de edad  
 Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Fecha de nacimiento: 11/03/95 Edad: 28 años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1. Si 2. No Semanas de amenorrea \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: ///  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 001-1945631-7 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 N.º de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana  
 Calle y N.º: Mamuel Branda Lugar(es) de referencia(s): 809-245-2035  
 Provincia: S.º. C. Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: \_\_\_\_\_ Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  
 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

¿Recibí atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: ///  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

| Generales o sistémicas   | Mucosa y Piel   | Respiratorios y cardiovasculares  | Gastrointestinales y renales  | Neurológicos  | Hemorrágicos/Hemáticos  |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre<br><input type="checkbox"/> Escalofríos<br><input type="checkbox"/> Sudoración excesiva<br><input type="checkbox"/> Malestar general<br><input type="checkbox"/> Debilidad<br><input type="checkbox"/> Cansancio<br><input type="checkbox"/> Postración<br><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<br><input type="checkbox"/> Pérdida de apetito<br><input type="checkbox"/> Pérdida de peso<br><input type="checkbox"/> Visión borrosa<br><input type="checkbox"/> Deshidratación<br><input type="checkbox"/> Dolores articulares<br><input type="checkbox"/> Dolores musculares<br><input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla<br><input type="checkbox"/> Dolor en los ojos<br><input type="checkbox"/> Dolor de garganta<br><input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo<br><input type="checkbox"/> Edema de cuello<br><input type="checkbox"/> Adenopatía | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival<br><input type="checkbox"/> Lesión laríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión faríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión nasal<br><input type="checkbox"/> Prurito<br><input type="checkbox"/> Torniquete positivo<br><input type="checkbox"/> Erupción maculopapular<br><input type="checkbox"/> Erupción vesicular<br>Fecha inicio erupción <u>///</u><br><input type="checkbox"/> Manchas de Koplik<br><input type="checkbox"/> Erupción cara<br><input type="checkbox"/> Erupción tórax<br><input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos<br><input type="checkbox"/> Agresión animal<br><input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Tos seca<br><input type="checkbox"/> Tos productiva<br><input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días<br><input type="checkbox"/> Tos paroxística<br><input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza<br><input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria<br><input type="checkbox"/> Estridor<br><input type="checkbox"/> Cianosis<br><input type="checkbox"/> Congestión Nasal<br><input type="checkbox"/> Estornudo<br><input type="checkbox"/> Estertores crepitantes<br><input type="checkbox"/> Sibilancia<br><input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Hipotensión<br><input type="checkbox"/> Taquipnea<br><input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda<br><input type="checkbox"/> Derrame pleural<br><input type="checkbox"/> Frote pericárdico | <input type="checkbox"/> Sialorrea<br><input type="checkbox"/> Náuseas<br><input type="checkbox"/> Vómitos<br><input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa<br><input type="checkbox"/> Diarrea acuosa<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Distensión abdominal<br><input type="checkbox"/> Calambre abdominal<br><input type="checkbox"/> Hepatomegalia<br><input type="checkbox"/> Esplenomegalia<br><input type="checkbox"/> Insuf. Hepática<br><input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca<br><input type="checkbox"/> Rigidez<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Signo de Kernig<br><input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski<br><input type="checkbox"/> Signo de Babinski<br><input type="checkbox"/> Irritabilidad<br><input type="checkbox"/> Fontanela abombada<br><input type="checkbox"/> Alteración conciencia<br><input type="checkbox"/> Somnolencia<br><input type="checkbox"/> Alteración de la conducta<br><input type="checkbox"/> Hidrofobia<br><input type="checkbox"/> Fotofobia<br><input type="checkbox"/> Trismos<br><input type="checkbox"/> Opistótonos<br><input type="checkbox"/> Espasmos<br><input type="checkbox"/> Risa sardónica<br><input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN<br><input type="checkbox"/> Parálisis espástica<br><input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>///</u> | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival<br><input type="checkbox"/> Sangrado nasal<br><input type="checkbox"/> Sangrado por encías<br><input type="checkbox"/> Sangre en el esputo<br><input type="checkbox"/> Vómitos de sangre<br><input type="checkbox"/> Sangrado genital<br><input type="checkbox"/> Sangre en heces<br><input type="checkbox"/> Orina color café<br><input type="checkbox"/> Petequias<br><input type="checkbox"/> Equimosis<br><input type="checkbox"/> Púrpura<br><input type="checkbox"/> Ascitis<br><input type="checkbox"/> Hemoconcentración<br><input type="checkbox"/> Leucopenia<br><input type="checkbox"/> Leucocitosis<br><input type="checkbox"/> Trombocitopenia<br><input type="checkbox"/> LCR turbio<br><input type="checkbox"/> LCR claro |
| Otros signos y/o síntomas: _____   |   |   |   |   |   |

**COMORBILIDAD:**  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión/Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: /// Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: ///

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio N.º: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: ///  
 Causas de muerte en el certificado:  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave  
 Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: ///

*Handwritten signature*





19

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Centro notificador: Area D Fecha de atención: 10-7-2023  
 N.º de expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENFERMO**

Apellidos: Reyes Diaz Nombres: Y Stanny - A Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable si es menor de edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo: 1. Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: 21/03/78 Edad: 44 años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1. Si  No  Semanas de amenorrea \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: 1/1  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 001-1207759-9 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 N.º de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana  
 Calle y N.º: Charles de Gaulle Lugar(es) de referencia(s): 829-843-9857-  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: \_\_\_\_\_ Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  
 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: 1/1  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológica: \_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

| Generales o sistémicos   | Mucosa y Piel   | Respiratorios y cardiovasculares  | Gastrointestinales y renales  | Neurológicos   | Hemorrágicos/Hemáticos  |
|--|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre<br><input type="checkbox"/> Escalofríos<br><input type="checkbox"/> Sudoración excesiva<br><input type="checkbox"/> Malestar general<br><input type="checkbox"/> Debilidad<br><input type="checkbox"/> Cansancio<br><input type="checkbox"/> Postración<br><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<br><input type="checkbox"/> Pérdida de apetito<br><input type="checkbox"/> Pérdida de peso<br><input type="checkbox"/> Visión borrosa<br><input type="checkbox"/> Deshidratación<br><input type="checkbox"/> Dolores articulares<br><input type="checkbox"/> Dolores musculares<br><input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla<br><input type="checkbox"/> Dolor en los ojos<br><input type="checkbox"/> Dolor de garganta<br><input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo<br><input type="checkbox"/> Edema de cuello<br><input type="checkbox"/> Adenopatía | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival<br><input type="checkbox"/> Lesión laríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión faríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión nasal<br><input type="checkbox"/> Ictericia<br><input type="checkbox"/> Prurito<br><input type="checkbox"/> Torniquete positivo<br><input type="checkbox"/> Erupción maculopapular<br><input type="checkbox"/> Erupción vesicular<br><input type="checkbox"/> Fecha inicio erupción: <u>1/1</u><br><input type="checkbox"/> Manchas de Koplik<br><input type="checkbox"/> Erupción cara<br><input type="checkbox"/> Erupción tórax<br><input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos<br><input type="checkbox"/> Agresión animal<br><input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Tos seca<br><input type="checkbox"/> Tos productiva<br><input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días<br><input type="checkbox"/> Tos paroxística<br><input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza<br><input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria<br><input type="checkbox"/> Estridor<br><input type="checkbox"/> Cianosis<br><input type="checkbox"/> Congestión Nasal<br><input type="checkbox"/> Estornudo<br><input type="checkbox"/> Estertores crepitantes<br><input type="checkbox"/> Sibilancia<br><input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Hipotensión<br><input type="checkbox"/> Taquipnea<br><input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda<br><input type="checkbox"/> Derrame pleural<br><input type="checkbox"/> Frote pericárdico | <input type="checkbox"/> Sialorrea<br><input type="checkbox"/> Náuseas<br><input type="checkbox"/> Vómitos<br><input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa<br><input type="checkbox"/> Diarrea acuosa<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Distensión abdominal<br><input type="checkbox"/> Calambre abdominal<br><input type="checkbox"/> Hepatomegalia<br><input type="checkbox"/> Esplenomegalia<br><input type="checkbox"/> Insuf. Hepática<br><input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca<br><input type="checkbox"/> Rigidez<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Signo de Kernig<br><input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski<br><input type="checkbox"/> Signo de Babinski<br><input type="checkbox"/> Irritabilidad<br><input type="checkbox"/> Fontanela abombada<br><input type="checkbox"/> Alteración conciencia<br><input type="checkbox"/> Somnolencia<br><input type="checkbox"/> Alteración de la conducta<br><input type="checkbox"/> Hidrofobia<br><input type="checkbox"/> Fotofobia<br><input type="checkbox"/> Trismos<br><input type="checkbox"/> Opistótonos<br><input type="checkbox"/> Espasmos<br><input type="checkbox"/> Risa sardónica<br><input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN<br><input type="checkbox"/> Parálisis espástica<br><input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis: <u>1/1</u> | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival<br><input type="checkbox"/> Sangrado nasal<br><input type="checkbox"/> Sangrado por encías<br><input type="checkbox"/> Sangre en el esputo<br><input type="checkbox"/> Vómitos de sangre<br><input type="checkbox"/> Sangrado genital<br><input type="checkbox"/> Sangre en heces<br><input type="checkbox"/> Orina color café<br><input type="checkbox"/> Petequias<br><input type="checkbox"/> Equimosis<br><input type="checkbox"/> Púrpura<br><input type="checkbox"/> Ascitis<br><input type="checkbox"/> Hemococoncentración<br><input type="checkbox"/> Leucopenia<br><input type="checkbox"/> Leucocitosis<br><input type="checkbox"/> Trombocitopenia<br><input type="checkbox"/> LCR turbio<br><input type="checkbox"/> LCR claro |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_

COMORBILIDAD:  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión/Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: 1/1 Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: 1/1

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio N.º: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: 1/1

Causas de muerte en el certificado:  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave

Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: 1/1

*Neg*





18

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Dirección General de Epidemiología  
Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
Módulo de Vigilancia Especial  
Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



| DATOS DEL NOTIFICADOR  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| Centro notificador: <u>Area 32</u>   |   | Fecha de atención: <u>10-7-2023</u>   |   |   |   |
| N.º de expediente: _____   |   |   |   |   |   |
| DATOS DEL ENFERMO  |   |   |   |   |   |
| Apellidos: <u>Alcantara</u>  |   | Nombres: <u>Emerencio</u>   |   | Apodo: _____  |   |
| Nombre del Responsable si es menor de edad: _____  |   |   |   |   |   |
| Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino  |   | Fecha de nacimiento: <u>09/09/78</u> Edad: <u>44</u> años Si es <1 año: _____ Meses _____ Días _____ Horas  |   |   |   |
| Embarazada: 1. Si 2. No Semanas de amenorrea _____ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: <u>///</u>   |   |   |   |   |   |
| Ocupación: _____ Actividad ocupacional: _____  |   |   |   |   |   |
| Grupo ocupacional: <u>001-1311071-2</u>  |   | Código de ocupación: _____  |   |   |   |
| N.º de cédula/Pasaporte: _____   |   | Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  |   |   |   |
| ARS: _____ NSS: _____  |   | Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior   |   |   |   |
| Dirección de residencia habitual en República Dominicana   |   |   |   |   |   |
| Calle y N.º: <u>Casa Isabella</u>  |   | Lugar(es) de referencia(s): <u>809-613-2721</u>   |   |   |   |
| Provincia: _____ Municipio: <u>S. D. E.</u>  |   | Distrito Municipal: _____   |   |   |   |
| Sección: _____ Barrio o paraje: _____  |   | Sub-barrio: _____   |   | DPS/DAS: _____  |   |
| Área: 1. Urbano 2. Rural   |   | País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro _____ Teléfonos: _____   |   |   |   |
| Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  |   |   |   |   |   |
| Nombre del colectivo: _____  |   |   |   |   |   |
| DATOS DE LA ENFERMEDAD   |   |   |   |   |   |
| ¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No  |   | Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido   |   |   |   |
| Nombre de la enfermedad sospechada: _____  |   | Código CIE: _____ Fecha de inicio de síntomas: <u>///</u>   |   |   |   |
| Semana epidemiológica: _____   |   | Sitio primario: _____ Tipo histológico: _____   |   |   |   |
| SIGNOS Y SÍNTOMAS  |   |   |   |   |   |
| Generales o sistémicas   | Mucosa y Piel   | Respiratorios y cardiovasculares  | Gastrointestinales y renales  | Neurológicos  | Hemorrágicos/Hemáticos  |
| <input type="checkbox"/> Fiebre<br><input type="checkbox"/> Escalofríos<br><input type="checkbox"/> Sudoración excesiva<br><input type="checkbox"/> Malestar general<br><input type="checkbox"/> Debilidad<br><input type="checkbox"/> Cansancio<br><input type="checkbox"/> Postración<br><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<br><input type="checkbox"/> Pérdida de apetito<br><input type="checkbox"/> Pérdida de peso<br><input type="checkbox"/> Visión borrosa<br><input type="checkbox"/> Deshidratación<br><input type="checkbox"/> Dolores articulares<br><input type="checkbox"/> Dolores musculares<br><input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla<br><input type="checkbox"/> Dolor en los ojos<br><input type="checkbox"/> Dolor de garganta<br><input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo<br><input type="checkbox"/> Edema de cuello<br><input type="checkbox"/> Adenopatía<br>Otros signos y/o síntomas: _____ | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival<br><input type="checkbox"/> Lesión laríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión faríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión nasal<br><input type="checkbox"/> Ictericia<br><input type="checkbox"/> Prurito<br><input type="checkbox"/> Torniquete positivo<br><input type="checkbox"/> Erupción maculopapular<br><input type="checkbox"/> Erupción vesicular<br>Fecha inicio erupción <u>///</u><br><input type="checkbox"/> Manchas de Koplik<br><input type="checkbox"/> Erupción cara<br><input type="checkbox"/> Erupción tórax<br><input type="checkbox"/> Heridas $\leq 30$ días previos<br><input type="checkbox"/> Agresión animal<br><input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Tos seca<br><input type="checkbox"/> Tos productiva<br><input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días<br><input type="checkbox"/> Tos paroxística<br><input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza<br><input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria<br><input type="checkbox"/> Estridor<br><input type="checkbox"/> Cianosis<br><input type="checkbox"/> Congestión Nasal<br><input type="checkbox"/> Estornudo<br><input type="checkbox"/> Estertores crepitantes<br><input type="checkbox"/> Sibilancia<br><input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Hipotensión<br><input type="checkbox"/> Taquipnea<br><input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda<br><input type="checkbox"/> Derrame pleural<br><input type="checkbox"/> Frote pericárdico | <input type="checkbox"/> Sialorrea<br><input type="checkbox"/> Náuseas<br><input type="checkbox"/> Vómitos<br><input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa<br><input type="checkbox"/> Diarrea acuosa<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Distensión abdominal<br><input type="checkbox"/> Calambre abdominal<br><input type="checkbox"/> Hepatomegalia<br><input type="checkbox"/> Esplenomegalia<br><input type="checkbox"/> Insuf. Hepática<br><input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca<br><input type="checkbox"/> Rigidez<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Signo de Kernig<br><input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski<br><input type="checkbox"/> Signo de Babinski<br><input type="checkbox"/> Irritabilidad<br><input type="checkbox"/> Fontanela abombada<br><input type="checkbox"/> Alteración conciencia<br><input type="checkbox"/> Somnolencia<br><input type="checkbox"/> Alteración de la conducta<br><input type="checkbox"/> Hidrofobia<br><input type="checkbox"/> Fotofobia<br><input type="checkbox"/> Trismos<br><input type="checkbox"/> Opistótonos<br><input type="checkbox"/> Espasmos<br><input type="checkbox"/> Risa sardónica<br><input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN<br><input type="checkbox"/> Parálisis espástica<br><input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>///</u> | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival<br><input type="checkbox"/> Sangrado nasal<br><input type="checkbox"/> Sangrado por encías<br><input type="checkbox"/> Sangre en el esputo<br><input type="checkbox"/> Vómitos de sangre<br><input type="checkbox"/> Sangrado genital<br><input type="checkbox"/> Sangre en heces<br><input type="checkbox"/> Orina color café<br><input type="checkbox"/> Petequias<br><input type="checkbox"/> Equimosis<br><input type="checkbox"/> Púrpura<br><input type="checkbox"/> Ascitis<br><input type="checkbox"/> Hemoconcentración<br><input type="checkbox"/> Leucopenia<br><input type="checkbox"/> Leucocitosis<br><input type="checkbox"/> Trombocitopenia<br><input type="checkbox"/> LCR turbio<br><input type="checkbox"/> LCR claro |
| COMORBILIDAD: <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Sobre peso/obesidad <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Otra vascular <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Falcemia   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tratamientos inmunosupresores <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____   |   |   |   |   |   |
| ¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No  |   | Fecha toma de muestra: <u>///</u> Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: <u>///</u>  |   |   |   |
| Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto  |   | En caso de fallecimiento registre el certificado Folio N.º: _____ Fecha fallecimiento: <u>///</u>   |   |   |   |
| Causas de muerte en el certificado:  |   | A _____<br>B _____<br>C _____<br>D _____  |   |   |   |
| Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave   |   |   |   |   |   |
| Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva  |   |   |   |   |   |
| Nombre de quien notifica: _____  |   | Cargo: _____  |   |   |   |
| Teléfonos: _____   |   | Fecha de notificación: <u>/ /</u>   |   |   |   |



018-0044724-3



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



| DATOS DEL NOTIFICADOR  |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|--|
| Centro notificador: <u>AVCA-DP</u>   |   | Fecha de atención: <u>10-7-2023</u>   |   |   |  |
| Nº. de expediente: _____   |   |   |   |   |  |
| DATOS DEL ENFERMO  |   |   |   |   |  |
| Apellidos: <u>Mateo Cordero</u>  |   | Nombres: <u>Duane A.</u>  |   | Apodo: _____  |  |
| Nombre del Responsable si es menor de edad: _____  |   |   |   |   |  |
| Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino  |   | Fecha de nacimiento: <u>20/8/1978</u> Edad: <u>44</u> años Si es <1 año: _____ Meses _____ Días _____ Horas   |   |   |  |
| Embarazada: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No Semanas de amenorrea _____ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parte: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: <u>1/1</u>  |   |   |   |   |  |
| Ocupación: _____ Actividad ocupacional: _____  |   |   |   |   |  |
| Grupo ocupacional: <u>1</u>  |   | Código de ocupación: _____  |   |   |  |
| Nº. de cédula/Pasaporte: _____   |   | Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  |   |   |  |
| ARS: _____ NSS: _____  |   | Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior   |   |   |  |
| Dirección de residencia habitual en República Dominicana   |   |   |   |   |  |
| Calle y Nº. <u>Ed. Natali</u>  |   | Lugar(es) de referencia(s): <u>809-714-0707</u>   |   |   |  |
| Provincia: _____ Municipio: _____  |   | Distrito Municipal: _____   |   |   |  |
| Sección: _____ Barrio o paraje: _____  |   | Sub-barrio: _____   |   | DPS/DAS: _____  |  |
| Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro Teléfonos: _____   |   |   |   |   |  |
| Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  |   |   |   |   |  |
| Nombre del colectivo: _____  |   |   |   |   |  |
| DATOS DE LA ENFERMEDAD   |   |   |   |   |  |
| ¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No  |   | Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Refinado   |   |   |  |
| Nombre de la enfermedad sospechada: _____  |   | Código CIE: _____   |   | Fecha de inicio de síntomas: <u>1/1</u>   |  |
| Semana epidemiológica: _____   |   | Sitio primario: _____   |   | Tipo histológico: _____   |  |
| SIGNOS Y SÍNTOMAS  |   |   |   |   |  |
| Generales o sistémicos   | Mucosa y Piel   | Respiratorios y cardiovasculares  | Gastrointestinales y renales  | Neurológicos  | Hemorrágicos/Hemáticos   |
| <input type="checkbox"/> Fiebre<br><input type="checkbox"/> Escalofríos<br><input type="checkbox"/> Sudoración excesiva<br><input type="checkbox"/> Malestar general<br><input type="checkbox"/> Debilidad<br><input type="checkbox"/> Cansancio<br><input type="checkbox"/> Postración<br><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<br><input type="checkbox"/> Pérdida de apetito<br><input type="checkbox"/> Pérdida de peso<br><input type="checkbox"/> Visión borrosa<br><input type="checkbox"/> Deshidratación<br><input type="checkbox"/> Dolores articulares<br><input type="checkbox"/> Dolores musculares<br><input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla<br><input type="checkbox"/> Dolor en los ojos<br><input type="checkbox"/> Dolor de garganta<br><input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo<br><input type="checkbox"/> Edema de cuello<br><input type="checkbox"/> Adenopatía | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival<br><input type="checkbox"/> Lesión laríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión faríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión nasal<br><input type="checkbox"/> Ictericia<br><input type="checkbox"/> Prurito<br><input type="checkbox"/> Torniquete positivo<br><input type="checkbox"/> Erupción maculopapular<br><input type="checkbox"/> Erupción vesicular<br>Fecha inicio erupción <u>1/1</u><br><input type="checkbox"/> Manchas de Koplik<br><input type="checkbox"/> Erupción cara<br><input type="checkbox"/> Erupción tórax<br><input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos<br><input type="checkbox"/> Agresión animal<br><input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Tos seca<br><input type="checkbox"/> Tos productiva<br><input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días<br><input type="checkbox"/> Tos paroxística<br><input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza<br><input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria<br><input type="checkbox"/> Estridor<br><input type="checkbox"/> Cianosis<br><input type="checkbox"/> Congestión Nasal<br><input type="checkbox"/> Estornudo<br><input type="checkbox"/> Estertores crepitantes<br><input type="checkbox"/> Sibilancia<br><input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Hipotensión<br><input type="checkbox"/> Taquipnea<br><input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda<br><input type="checkbox"/> Derrame pleural<br><input type="checkbox"/> Frote pericárdico | <input type="checkbox"/> Sialorrea<br><input type="checkbox"/> Náuseas<br><input type="checkbox"/> Vómitos<br><input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa<br><input type="checkbox"/> Diarrea acuosa<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Distensión abdominal<br><input type="checkbox"/> Calambre abdominal<br><input type="checkbox"/> Hepatomegalia<br><input type="checkbox"/> Esplenomegalia<br><input type="checkbox"/> Insuf. Hepática<br><input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca<br><input type="checkbox"/> Rigidez<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Signo de Kernig<br><input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski<br><input type="checkbox"/> Signo de Babinski<br><input type="checkbox"/> Irritabilidad<br><input type="checkbox"/> Fontanela abombada<br><input type="checkbox"/> Alteración conciencia<br><input type="checkbox"/> Somnolencia<br><input type="checkbox"/> Alteración de la conducta<br><input type="checkbox"/> Hidrofobia<br><input type="checkbox"/> Fotofobia<br><input type="checkbox"/> Trismos<br><input type="checkbox"/> Opistótonos<br><input type="checkbox"/> Espasmos<br><input type="checkbox"/> Risa sardónica<br><input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN<br><input type="checkbox"/> Parálisis espástica<br><input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>1/1</u> | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival<br><input type="checkbox"/> Sangrado nasal<br><input type="checkbox"/> Sangrado por encías<br><input type="checkbox"/> Sangre en el esputo<br><input type="checkbox"/> Vómitos de sangre<br><input type="checkbox"/> Sangre en heces<br><input type="checkbox"/> Orina color café<br><input type="checkbox"/> Petequias<br><input type="checkbox"/> Equimosis<br><input type="checkbox"/> Púrpura<br><input type="checkbox"/> Ascitis<br><input type="checkbox"/> Hemococoncentración<br><input type="checkbox"/> Leucopenia<br><input type="checkbox"/> Leucocitosis<br><input type="checkbox"/> Trombocitopenia<br><input type="checkbox"/> LCR turbio<br><input type="checkbox"/> LCR claro |
| Otros signos y/o síntomas: _____   |   |   |   |   |  |
| COMORBILIDAD: <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Sobre peso/obesidad <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión/Otra vascular <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Falcemia  |   |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tratamientos inmunosupresores <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____   |   |   |   |   |  |
| ¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No  |   | Fecha toma de muestra: <u>1/1</u>   |   | Antibióterápia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibióterápia: <u>1/1</u>  |  |
| Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto  |   | En caso de fallecimiento registre el certificado Folio Nº.: _____ Fecha fallecimiento: <u>1/1</u>   |   |   |  |
| Causas de muerte en el certificado:  |   | A. _____<br>B. _____<br>C. _____<br>D. _____  |   |   |  |
| Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave   |   |   |   |   |  |
| Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva  |   |   |   |   |  |
| Nombre de quien notifica: _____  |   | Cargo: _____  |   |   |  |
| Teléfonos: _____   |   | Fecha de notificación: <u>1/1</u>   |   |   |  |

Neg.





**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Centro notificador: AVEA 44 Fecha de atención: \_\_\_\_\_  
 N.º de expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENFERMO**

Apellidos: Cerrano Valera Nombres: Cristian F. Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable si es menor de edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Fecha de nacimiento: 27/11/91 Edad: \_\_\_\_\_ años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1. Si 2. No Semanas de amenorrea \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: 1/1  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 402-2736029-6 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 N.º de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsubsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior  
 Dirección de residencia habitual en República Dominicana  
 Calle y N.º: C/4ta 790 Lugar(es) de referencia(s): 829-879-5683  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: S.A.E. Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  
 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: 1/1  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

| Generales o sistémicos                        | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares                  | Gastrointestinales y renales                  | Neurológicos   | Hemorrágicos/Hemáticos                        |
|---|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre               | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival                 | <input type="checkbox"/> Tos seca                 | <input type="checkbox"/> Sialorrea            | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca   | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos          | <input type="checkbox"/> Lesión laríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva           | <input type="checkbox"/> Náuseas              | <input type="checkbox"/> Rigidez   | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal       |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva  | <input type="checkbox"/> Lesión faríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días | <input type="checkbox"/> Vómitos              | <input type="checkbox"/> Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Sangrado por encías  |
| <input type="checkbox"/> Malestar general     | <input type="checkbox"/> Lesión nasal                          | <input type="checkbox"/> Tos paroxística          | <input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa    | <input type="checkbox"/> Signo de Kernig   | <input type="checkbox"/> Sangre en el esputo  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad            | <input type="checkbox"/> Ictericia                             | <input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza          | <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa       | <input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski                                     | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre    |
| <input type="checkbox"/> Cansancio            | <input type="checkbox"/> Prurito                               | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal      | <input type="checkbox"/> Signo de Babinski                                       | <input type="checkbox"/> Sangrado genital     |
| <input type="checkbox"/> Postración           | <input type="checkbox"/> Torniquete positivo                   | <input type="checkbox"/> Estridor                 | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad   | <input type="checkbox"/> Sangre en heces      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Erupción maculopapular                | <input type="checkbox"/> Cianosis                 | <input type="checkbox"/> Calambre abdominal   | <input type="checkbox"/> Fontanela abombada                                      | <input type="checkbox"/> Orina color café     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> Erupción vesicular                    | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal         | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia        | <input type="checkbox"/> Alteración conciencia                                   | <input type="checkbox"/> Petequias            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso      | Fecha inicio erupción <u>1/1</u>                               | <input type="checkbox"/> Estornudo                | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia       | <input type="checkbox"/> Somnolencia   | <input type="checkbox"/> Equimosis            |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa       | <input type="checkbox"/> Manchas de Koplik                     | <input type="checkbox"/> Estertores crepitantes   | <input type="checkbox"/> Insuf. Hepática      | <input type="checkbox"/> Alteración de la conducta                               | <input type="checkbox"/> Púrpura              |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación       | <input type="checkbox"/> Erupción cara                         | <input type="checkbox"/> Sibilancia               | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda   | <input type="checkbox"/> Hidrofobia  | <input type="checkbox"/> Ascitis              |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares  | <input type="checkbox"/> Erupción tórax                        | <input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular |   | <input type="checkbox"/> Fotofobia   | <input type="checkbox"/> Hemoconcentración    |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares   | <input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos              | <input type="checkbox"/> Taquicardia              |   | <input type="checkbox"/> Trismos   | <input type="checkbox"/> Leucopenia           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla | <input type="checkbox"/> Agresión animal                       | <input type="checkbox"/> Hipotensión              |   | <input type="checkbox"/> Opistótonos   | <input type="checkbox"/> Leucocitosis         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos    | <input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Taquípnea                |   | <input type="checkbox"/> Espasmos  | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta    |  | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda  |   | <input type="checkbox"/> Risa sardónica  | <input type="checkbox"/> LCR turbio           |
| <input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo     |  | <input type="checkbox"/> Derrame pleural          |   | <input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN                             | <input type="checkbox"/> LCR claro            |
| <input type="checkbox"/> Edema de cuello      |  | <input type="checkbox"/> Froto pericárdico        |   | <input type="checkbox"/> Parálisis espástica                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Adenopatía           |  |   |   | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>1/1</u> |   |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_  
 COMORBILIDAD:  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión  Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: 1/1 Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: 1/1

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio N.º: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: 1/1  
 Causas de muerte en el certificado:  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave  
 Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva  
 Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: 1/1

16 Neg.





**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Módulo de Vigilancia Especial  
 Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)

*H-1*



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Centro notificador: Area UP Fecha de atención: 13-7-2023  
 No. de expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENFERMO**

Apellidos: Bento Figueras Nombres: Romana Apodo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable si es menor de edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: 01/01/76 Edad: 46 años Si es <1 año: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas  
 Embarazada: 1.Sí 2.No Semanas de amenorrea \_\_\_\_\_ Etapa de gestación: 1.Embarazo 2.Parto 3.Puerperio Tipo de parto: 1.Vaginal 2.Cesárea Fecha de parto: 1/1  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_\_\_  
 Grupo ocupacional: 01-0364285-6 Código de ocupación: \_\_\_\_\_  
 No. de cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado  
 ARS: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: 1.Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana  
 Calle y No. 46 # 190 Lugar(es) de referencia(s): 829-961-889  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: Capatzen Distrito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje: \_\_\_\_\_ Sub-barrio: \_\_\_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_\_\_  
 Área: 1.Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado  
 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto  
 Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

¿Recibió atención médica? 1. Sí 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido  
 Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: 1/1  
 Semana epidemiológica: \_\_\_\_\_ Sitio primario: \_\_\_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

| Generales o sistémicos   | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares  | Gastrointestinales y renales   | Neurológicos  | Hemorrágicos/Hemáticos  |
|--|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre<br><input type="checkbox"/> Escalofríos<br><input type="checkbox"/> Sudoración excesiva<br><input type="checkbox"/> Malestar general<br><input type="checkbox"/> Debilidad<br><input type="checkbox"/> Cansancio<br><input type="checkbox"/> Postración<br><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<br><input type="checkbox"/> Pérdida de apetito<br><input type="checkbox"/> Pérdida de peso<br><input type="checkbox"/> Visión borrosa<br><input type="checkbox"/> Deshidratación<br><input type="checkbox"/> Dolores articulares<br><input type="checkbox"/> Dolores musculares<br><input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla<br><input type="checkbox"/> Dolor en los ojos<br><input type="checkbox"/> Dolor de garganta<br><input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo<br><input type="checkbox"/> Edema de cuello<br><input type="checkbox"/> Adenopatía | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival<br><input type="checkbox"/> Lesión laríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión faríngea<br><input type="checkbox"/> Lesión nasal<br><input type="checkbox"/> Ictericia<br><input type="checkbox"/> Prurito<br><input type="checkbox"/> Tomiquete positivo<br><input type="checkbox"/> Erupción maculopapular<br><input type="checkbox"/> Erupción vesicular<br>Fecha inicio erupción <u>1/1</u><br><input type="checkbox"/> Manchas de Koplik<br><input type="checkbox"/> Erupción cara<br><input type="checkbox"/> Erupción tórax<br><input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos<br><input type="checkbox"/> Agresión animal<br><input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Tos seca<br><input type="checkbox"/> Tos productiva<br><input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días<br><input type="checkbox"/> Tos paroxística<br><input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza<br><input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria<br><input type="checkbox"/> Estridor<br><input type="checkbox"/> Cianosis<br><input type="checkbox"/> Congestión Nasal<br><input type="checkbox"/> Estornudo<br><input type="checkbox"/> Estertores crepitantes<br><input type="checkbox"/> Sibilancia<br><input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Hipotensión<br><input type="checkbox"/> Taquipnea<br><input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda<br><input type="checkbox"/> Derrame pleural<br><input type="checkbox"/> Frote pericárdico | <input type="checkbox"/> Sialorrea<br><input type="checkbox"/> Náuseas<br><input type="checkbox"/> Vómitos<br><input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa<br><input type="checkbox"/> Diarrea acuosa<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Distensión abdominal<br><input type="checkbox"/> Calambre abdominal<br><input type="checkbox"/> Estomudo<br><input type="checkbox"/> Esplenomegalia<br><input type="checkbox"/> Insuf. Hepática<br><input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca<br><input type="checkbox"/> Rigidez<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Signo de Kernig<br><input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski<br><input type="checkbox"/> Signo de Babinski<br><input type="checkbox"/> Irritabilidad<br><input type="checkbox"/> Fontanela abombada<br><input type="checkbox"/> Alteración conciencia<br><input type="checkbox"/> Somnolencia<br><input type="checkbox"/> Alteración de la conducta<br><input type="checkbox"/> Hidrofobia<br><input type="checkbox"/> Fotofobia<br><input type="checkbox"/> Trismos<br><input type="checkbox"/> Opistótonos<br><input type="checkbox"/> Espasmos<br><input type="checkbox"/> Risa sardónica<br><input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN<br><input type="checkbox"/> Parálisis espástica<br><input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>1/1</u> | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival<br><input type="checkbox"/> Sangrado nasal<br><input type="checkbox"/> Sangrado por encías<br><input type="checkbox"/> Sangre en el esputo<br><input type="checkbox"/> Vómitos de sangre<br><input type="checkbox"/> Sangrado genital<br><input type="checkbox"/> Sangre en heces<br><input type="checkbox"/> Orina color café<br><input type="checkbox"/> Petequias<br><input type="checkbox"/> Hepatomegalia<br><input type="checkbox"/> Equimosis<br><input type="checkbox"/> Púrpura<br><input type="checkbox"/> Ascitis<br><input type="checkbox"/> Hemococoncentración<br><input type="checkbox"/> Leucopenia<br><input type="checkbox"/> Leucocitosis<br><input type="checkbox"/> Trombocitopenia<br><input type="checkbox"/> LCR turbio<br><input type="checkbox"/> LCR claro |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_  
**COMORBILIDAD:**  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión/Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia  
 Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Sí 2. No Fecha toma de muestra: 1/1 Antibioterapia previa muestra: 1. Sí 2. No Fecha de antibioterapia: 1/1

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio No.: \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: 1/1  
 Causas de muerte en el certificado:  
 A \_\_\_\_\_  
 B \_\_\_\_\_  
 C \_\_\_\_\_  
 D \_\_\_\_\_

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave

Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: 1/1

**OBSERVACIONES:**





D.C

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dirección General de Epidemiología

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Módulo de Vigilancia Especial

Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)

12



DATOS DEL NOTIFICADOR

Centro notificador: Area ID Fecha de atención: 13-7-2023

Nº. de expediente:

DATOS DEL ENFERMO

Apellidos: Pardameo Nombres: Juan Carlos R. Apodo:

Nombre del Responsable si es menor de edad:

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Fecha de nacimiento: 05/15/97 Edad: 26 años Si es <1 año: Meses \_\_\_ Días \_\_\_ Horas

Embarazada: 1. Si 2. No Semanas de amenorrea \_\_\_ Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: ///

Ocupación: \_\_\_ Actividad ocupacional: \_\_\_

Grupo ocupacional: 047-0215047-5 Código de ocupación: \_\_\_

Nº. de cédula/Pasaporte: \_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado

ARS: \_\_\_ NSS: \_\_\_ Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana

Calle y Nº. S.D.N Lugar(es) de referencia(s): 809-739-4220

Provincia: Sabana Municipio: Los Reyes Distrito Municipal: \_\_\_

Sección: \_\_\_ Barrio o paraje: \_\_\_ Sub-barrio: \_\_\_ DPS/DAS: \_\_\_

Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro \_\_\_ Teléfonos: \_\_\_

Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto

Nombre del colectivo: \_\_\_

DATOS DE LA ENFERMEDAD

¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido

Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_ Código CIE: \_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: ///

Semana epidemiológica: \_\_\_ Sitio primario: \_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_

SIGNOS Y SÍNTOMAS

| Generales o sistémicos                        | Mucosa y Piel  | Respiratorios y cardiovasculares                  | Gastrointestinales y renales                  | Neurológicos   | Hemorrágicos/Hemáticos                        |
|---|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre               | <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival                 | <input type="checkbox"/> Tos seca                 | <input type="checkbox"/> Sinlorrea            | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca   | <input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos          | <input type="checkbox"/> Lesión laríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva           | <input type="checkbox"/> Náuseas              | <input type="checkbox"/> Rigidez   | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal       |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva  | <input type="checkbox"/> Lesión faríngea                       | <input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días | <input type="checkbox"/> Vómitos              | <input type="checkbox"/> Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Sangrado por encias  |
| <input type="checkbox"/> Malestar general     | <input type="checkbox"/> Lesión nasal                          | <input type="checkbox"/> Tos paroxística          | <input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa    | <input type="checkbox"/> Signo de Kernig   | <input type="checkbox"/> Sangre en el esputo  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad            | <input type="checkbox"/> Ictericia                             | <input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza          | <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa       | <input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski                                     | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre    |
| <input type="checkbox"/> Cansancio            | <input type="checkbox"/> Prurito                               | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal      | <input type="checkbox"/> Signo de Babinski                                       | <input type="checkbox"/> Sangrado genital     |
| <input type="checkbox"/> Postración           | <input type="checkbox"/> Tomiquete positivo                    | <input type="checkbox"/> Estridor                 | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad   | <input type="checkbox"/> Sangre en heces      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Erupción maculopapular                | <input type="checkbox"/> Cianosis                 | <input type="checkbox"/> Calambre abdominal   | <input type="checkbox"/> Fontanela abombada                                      | <input type="checkbox"/> Orina color café     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> Erupción vesicular                    | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal         | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia        | <input type="checkbox"/> Alteración conciencia                                   | <input type="checkbox"/> Petequias            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso      | Fecha inicio erupción <u>///</u>                               | <input type="checkbox"/> Estornudo                | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia       | <input type="checkbox"/> Somnolencia   | <input type="checkbox"/> Equimosis            |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa       | <input type="checkbox"/> Manchas de Koplik                     | <input type="checkbox"/> Estertores crepitantes   | <input type="checkbox"/> Insuf. Hepática      | <input type="checkbox"/> Alteración de la conducta                               | <input type="checkbox"/> Púrpura              |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación       | <input type="checkbox"/> Erupción cara                         | <input type="checkbox"/> Sibilancia               | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda   | <input type="checkbox"/> Hidrofobia  | <input type="checkbox"/> Ascitis              |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares  | <input type="checkbox"/> Erupción tórax                        | <input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular |   | <input type="checkbox"/> Fotofobia   | <input type="checkbox"/> Hemococoncentración  |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares   | <input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos              | <input type="checkbox"/> Taquicardia              |   | <input type="checkbox"/> Trismos   | <input type="checkbox"/> Leucopenia           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla | <input type="checkbox"/> Agresión animal                       | <input type="checkbox"/> Hipotensión              |   | <input type="checkbox"/> Opistótonos   | <input type="checkbox"/> Leucocitosis         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos    | <input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión | <input type="checkbox"/> Taquipnea                |   | <input type="checkbox"/> Espasmos  | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta    |  | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda  |   | <input type="checkbox"/> Risa sardónica  | <input type="checkbox"/> LCR turbio           |
| <input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo     |  | <input type="checkbox"/> Derrame pleural          |   | <input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN                             | <input type="checkbox"/> LCR claro            |
| <input type="checkbox"/> Edema de cuello      |  | <input type="checkbox"/> Frote pericárdico        |   | <input type="checkbox"/> Parálisis espástica                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Adenopatía           |  |   |   | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis <u>///</u> |   |

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_

COMORBILIDAD:  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratoria crónica  Diabetes  Hipertensión/Otra vascular  VIH/SIDA  Falcemia

Tuberculosis  Tratamientos inmunosupresores  Desconocida  Ninguna  Otra \_\_\_

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: /// Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: ///

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio Nº.: \_\_\_ Fecha fallecimiento: ///

Causas de muerte en el certificado: A. \_\_\_ B. \_\_\_ C. \_\_\_ D. \_\_\_

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave

Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: \_\_\_ Cargo: \_\_\_

Teléfonos: \_\_\_ Fecha de notificación: ///

OBSERVACIONES

Neg





Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dirección General de Epidemiología

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Módulo de Vigilancia Especial

Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2020)

13



DATOS DEL NOTIFICADOR

Centro notificador: Area 404 Fecha de atención: 13-12-2023

Nº. de expediente:

DATOS DEL ENFERMO

Apellidos: Familia A. Nombres: Nahuama Apodo:

Nombre del Responsable si es menor de edad:

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Fecha de nacimiento: 02/08/83 Edad: 39 años Si es <1 año: Meses Días Horas

Embarazada: 1. Si 2. No Semanas de amenorrea: Etapa de gestación: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Fecha de parto: / /

Ocupación: Actividad ocupacional:

Grupo ocupacional: 001-1662678-4 Código de ocupación:

Nº. de cédula/Pasaporte: Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsubsidiado 4. No Afiliado

ARS: NSS: Nivel educativo: 1. Sin educación 2. Primaria (1-4) 3. Primaria (5-8) 4. Secundaria 5. Superior

Dirección de residencia habitual en República Dominicana

Calle y Nº. Gombé Lugar(es) de referencia(s): 509-713-1791

Provincia: Municipio: Distrito Municipal:

Sección: Barrio o paraje: Sub-barrio: DPS/DAS:

Área: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro Teléfonos:

Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto

Nombre del colectivo:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

¿Recibió atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Internamiento/Hospitalización 3. En domicilio 4. Referido

Nombre de la enfermedad sospechada: Código CIE: Fecha de inicio de síntomas: / /

Semana epidemiológica: Sitio primario: Tipo histológico:

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Table with 6 columns: Generales o sistémicos, Mucosa y Piel, Respiratorios y cardiovasculares, Gastrointestinales y renales, Neurológicos, Hemorrágicos/Hemáticos. Each cell contains a list of symptoms with checkboxes.

Otros signos y/o síntomas:

COMORBILIDAD: 1. Desnutrición 2. Sobre peso/obesidad 3. Enfermedad respiratoria crónica 4. Diabetes 5. Hipertensión/Otra vascular 6. VIH/SIDA 7. Falcemia

8. Tuberculosis 9. Tratamientos inmunosupresores 10. Desconocida 11. Ninguna 12. Otra

¿Se tomó muestra para confirmación? 1. Si 2. No Fecha toma de muestra: / / Antibioterapia previa muestra: 1. Si 2. No Fecha de antibioterapia: / /

Condición del paciente: 1. Vivo 2. Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio Nº.: Fecha fallecimiento: / /

Causas de muerte en el certificado: A B C D

Gravedad: 1. Sin signos de alarma 2. Con signos de alarma 3. Grave

Fuente de detección: 1. Búsqueda comunitaria 2. Búsqueda institucional 3. Certificado de defunción 4. Denuncia/Rumor 5. Notificación pasiva

Nombre de quien notifica: Cargo:

Teléfonos: Fecha de notificación: / /

OBSERVACIONES:

Neg.