

Datos del enfermo

Apellidos:..... Nombre:

Domicilio:..... Nº:..... Piso:..... Teléfono:.....

Municipio:..... Código postal:..... Área:..... Distrito:..... Zona Básica:.....

Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Meses Años

País de nacimiento: España Otros Especificar:..... Año de llegada a España:.....

Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:...../...../.....

Sintomatología:

.....

.....

Complicaciones (Citar):

Ingreso en hospital: No Si Fecha de hospitalización:..... / /

Centro:..... Servicio:.....

Evolución: Curación Fallecimiento Fecha:...../...../.....

Datos de laboratorio

Serología realizada: No Si Resultado:.....

Fecha toma de muestras: 1ª:..... / / 2ª:..... / /

Demostración del virus: No Si Fecha toma de muestra:..... / /

Otros datos epidemiológicos

Tipo de caso: Sospechoso/Probable Confirmado

Importado Autóctono

Antecedentes de vacunación: No Si Fecha:..... / / Lugar administración:.....

¿Ha viajado el paciente al extranjero?: Si No NS/NC

En caso afirmativo indicar el país/es y zonas y fechas de estancia:

País:..... Fecha de estancia:..... / /

País:..... Fecha de estancia:..... / /

Medidas adoptadas:

.....

.....

Datos del notificador

Nombre:.....

Centro de Trabajo:.....

Municipio:..... Área..... Teléfono..... Fecha de declaración...../...../.....