

## DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad (años) \_\_\_\_\_ En menores de 2 años (meses) \_\_\_\_\_

Sexo: M ☐ F ☐ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signos/síntomas compatibles con el caso clínico: SI ☐ NO ☐

**Caso clínico:** Enfermedad caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana blanco-grisácea nacarada adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz, que sangra al desprenderla.

**Evolución:** Recuperación ☐ Fallecimiento ☐ Desconocida ☐ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DATOS DE LABORATORIO

**C. Diphtheriae aislado:** SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

**Toxigenicidad:** No Toxigénico ☐ Toxigénico ☐ No Sabe ☐

## TRATAMIENTO

Antibióticos: SI ☐ NO ☐ No sabe ☐ Fecha inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

### Clasificación del Caso

Compatible: ☐

Confirmado: Por laboratorio ☐

Por Nexo epidemiológico con caso confirmado por laboratorio ☐

¿Has recibido vacuna para Difteria? SI ☐ NO ☐ Número de dosis recibidas: \_\_\_\_\_

Fecha de Últimas dosis recibida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Presenta carnet de vacunación?: SI ☐ NO ☐

¿Ha realizado un viaje recientemente? SI ☐ NO ☐ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Fecha de regreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si es extranjero, país de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de llegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Personas con las que ha tenido contacto en los últimos siete días: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de denuncia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_