



**MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL  
INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS  
VIGILANCIA DE DENGUE  
FORMULARIO PARA TOMA DE MUESTRA**



Fecha de atención: \_\_\_\_\_ Paciente: Ambulatorio: \_\_\_\_\_ Hospitalizado ó en Observación: \_\_\_\_\_

Sospecha: Dengue Clásico \_\_\_\_\_ Dengue Hemorrágico \_\_\_\_\_ Síndrome de Choque por D: \_\_\_\_\_

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	De Casada
Sexo: M _____ F _____	Fecha de Nacimiento: _____		Edad: _____ (días) (meses) (años)
No. Cédula, Expediente ó S.S.: _____		Teléfonos _____	
Domicilio: _____			
	Calle	Casa	Apartamento
Distrito: _____		Corregimiento _____	Región _____
Lugar de Trabajo o Escuela: _____			Ocupación: _____

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: \_\_\_\_\_

SINTOMAS-SIGNOS	SI	NO	FECHA	SINTOMAS-SIGNOS	SI	NO	FECHA
Fiebre > 38°C	_____	_____	_____	Dolor abdominal	_____	_____	_____
Escalofríos intensos	_____	_____	_____	Petequias	_____	_____	_____
Cefalea severa	_____	_____	_____	Hematomas	_____	_____	_____
Dolor retroorbital	_____	_____	_____	Sangrado vaginal anormal	_____	_____	_____
Mialgias intensas	_____	_____	_____	Sangre-vómitos	_____	_____	_____
Artralgia	_____	_____	_____	Sangre-heces	_____	_____	_____
Exantema	_____	_____	_____	Sangre-orina	_____	_____	_____
Conjuntivitis	_____	_____	_____	Sangrado nasal	_____	_____	_____
Diarrea	_____	_____	_____	Sangre-encías	_____	_____	_____
Náuseas, Vómitos	_____	_____	_____	Otros, especifique: _____	_____	_____	_____
Hepatomegalia	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Esplenomegalia	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

-Contacto con enfermedad similar:	En la familia:	SI: _____	NO: _____
	En la comunidad:	SI: _____	NO: _____
-15 días antes de su enfermedad ha viajado usted?		SI: _____	NO: _____
Dentro del País? SI: _____	NO: _____	Donde: _____	
Fuera del País? SI: _____	NO: _____	Donde: _____	

MUESTRA	Sangre aguda (0-3días):	SI: _____	NO: _____	Fecha: _____
COLECTADA:	<b>Si toma sangre aguda dar cita para sangre convaleciente en 8 días.</b>	<b>Fecha cita: _____</b>		
	Sangre convaleciente (7-21 días):	SI: _____	NO: _____	Fecha: _____
	Tejidos.	SI: _____	NO: _____	Fecha: _____

RESPONSABLE: NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DE SALUD: \_\_\_\_\_ REGIÓN DE SALUD: \_\_\_\_\_

NOTAS: \_\_\_\_\_

TECNÓLOGO: NOMBRE: _____	FIRMA Y SELLO: _____
<b>RESULTADO:</b> _____	<b>LABORATORIO:</b> _____

**POR FAVOR LLENAR TODO EL FORMULARIO**