

Definición de caso: Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre de menos de siete (7) días de duración y mialgias y/o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M () F () DNI: _____

Domicilio actual: _____ Tel. _____

Barrio: _____ Localidad: _____

2. INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

Consulta previamente? SI NO Fecha: ____/____/____ Institución: _____

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre (.....°C)				Dolor retrocular				Dolor abdominal			
Cefalea				Erupción				Tos			
Mialgias				Náuseas / Vómitos				Prurito			
Artralgias				Diarrea				Conjuntivitis no purulenta			

Embarazada SI NO 1er Trimestre 2do Trimestre 3er Trimestre Fecha de Inicio de los síntomas: ____/____/____

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación: _____ B° o Localidad de trabajo _____ Urb. () Rur ()

Viajó los últimos 14 días? Si () No () Fecha: ____/____/____ Fecha retorno ____/____/____ Destino _____

¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si () No () Fecha ____/____/____ Lugar _____

¿Conoce casos similares? Si () o () ¿Dónde? _____ Tuvo antes Dengue? SI/NO Año: 20__

Definición de caso: Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre de menos de siete (7) días de duración y mialgias y/o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M () F () DNI: _____

Domicilio actual: _____ Tel. _____

Barrio: _____ Localidad: _____

2. INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

Consulta previamente? SI NO Fecha: ____/____/____ Institución: _____

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre (.....°C)				Dolor retrocular				Dolor abdominal			
Cefalea				Erupción				Tos			
Mialgias				Náuseas / Vómitos				Prurito			
Artralgias				Diarrea				Conjuntivitis no purulenta			

Embarazada SI NO 1er Trimestre 2do Trimestre 3er Trimestre Fecha de Inicio de los síntomas: ____/____/____

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación: _____ B° o Localidad de trabajo _____ Urb. () Rur ()

Viajó los últimos 14 días? Si () No () Fecha: ____/____/____ Fecha retorno ____/____/____ Destino _____

¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si () No () Fecha ____/____/____ Lugar _____

¿Conoce casos similares? Si () o () ¿Dónde? _____ Tuvo antes Dengue? SI/NO Año: 20__