



V.2008,1

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. Nombre del evento:				1.2. Fecha de notificación:					
				[][][][][][][]		[][][][][][][]			
				Código		Día	Mes	Año	
1.3. Semana*	1.4. Año:	1.5. Departamento que notifica			1.6. Municipio que notifica				
[][][][][][][]	[][][][][][][]								
* Epidemiológica	Año								
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato (UPGD)					1.8 Código de la UPGD				
					[][][][][][][]		[][][][][][][]		
					Depto.	Municipio.	Código		Sub.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1. Primer nombre:			2.2. Segundo nombre:			2.3. Primer apellido:				
2.4. Segundo apellido:			2.5 Teléfono			2.6 Fecha de nacimiento				
						[][][][][][][]		[][][][][][][]		
						Día	Mes	Año		
2.7. Tipo de documento de identificación:							2.8. Número de identificación			
<input type="checkbox"/> RC (1) Registro	<input type="checkbox"/> TI (2) T. de ID.	<input type="checkbox"/> CC (3) C.C.	<input type="checkbox"/> CE (4) C. extranjera	<input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte	<input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID.	<input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.				
2.9. Edad:	2.10. Unidad de medida de la edad:				2.11. Sexo:		2.12. País de procedencia del caso			
	<input type="checkbox"/> 1 Años	<input type="checkbox"/> 2 Meses	<input type="checkbox"/> 3 Días	<input type="checkbox"/> 4 Horas	<input type="checkbox"/> 5 Minutos	<input type="checkbox"/> M (1) Mas.	<input type="checkbox"/> F (2) Fem.			
2.13. Departamento/municipio procedencia del caso			2.14. Área de procedencia del caso			2.15. Barrio/localidad procedencia				
[][][][][][][]			[][][][][][][]			/				
Depto.			Municipio			<input type="checkbox"/> 1 Cabecera municipal	<input type="checkbox"/> 2 Centro poblado	<input type="checkbox"/> 3 Rural disperso		
2.16. Dirección de residencia			2.17. Ocupación del paciente			2.18. Tipo de régimen en salud				
			[][][][][][][]			<input type="checkbox"/> 1 Contributivo	<input type="checkbox"/> 2 Subsidiado	<input type="checkbox"/> 3 Excepción	<input type="checkbox"/> 4 Especial	<input type="checkbox"/> 5 No afiliado
			Código							
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud					2.20. Pertenencia étnica					
[][][][][][][][][][][][][][][][][]					[][][][][][][]					
					Código					
<input type="checkbox"/> 4 Palenquero	<input type="checkbox"/> 5 Afro colombiano	<input type="checkbox"/> 6 Otros	2.21. Grupo poblacional		<input type="checkbox"/> 9 Desplazados	<input type="checkbox"/> 13 Migratorios	<input type="checkbox"/> 14 Carcelarios	<input type="checkbox"/> 5 Otros grupos poblacionales		

3. NOTIFICACIÓN

3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente				3.2. Fecha de consulta			3.3. Inicio de síntomas					
[][][][][][][]				[][][][][][][]			[][][][][][][]					
Depto.				Municipio	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	
3.4. Clasificación inicial de caso						3.5. Hospitalizado		3.6. Fecha de hospitalización				
<input type="checkbox"/> 1 Sospechoso	<input type="checkbox"/> 2 Probable	<input type="checkbox"/> 3 Conf. Laboratorio	<input type="checkbox"/> 4 Conf. Clínica	<input type="checkbox"/> 5 Conf. Nexa epidemiológico		<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	[][][][][][][]				
								Día			Mes	Año
3.7 Condición final		3.8. Fecha de defunción		3.9. No. certificado defunción		3.10. Nombre profesional que diligenció la ficha						
<input type="checkbox"/> 1 Vivo	<input type="checkbox"/> 2 Muerto	[][][][][][][]		[][][][][][][]		[][][][][][][][][][][][][][][][][]						
		Día		Mes	Año							

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES

A. Seguimiento y clasificación final del caso							B. Fecha de ajuste		
<input type="checkbox"/> 0 No aplica	<input type="checkbox"/> 3 Conf. Laboratorio	<input type="checkbox"/> 4 Conf. Clínica	<input type="checkbox"/> 5 Conf. Nexa epidemiológico	<input type="checkbox"/> 6 Descartado	<input type="checkbox"/> 7 Otra actualización	[][][][][][][]			
							Día	Mes	Año