



SUIVE-2-2017

UNIDAD NOTIFICANTE: _____ UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____ CLAVE DE LA UNIDAD: _____
LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____
ENTIDAD O DELEGACIÓN: _____ INSTITUCIÓN: _____

FECHA DE NOTIFICACIÓN:

Día	Mes	Año		

INICIO DE ESTUDIO:

Día	Mes	Año	

TERMINACIÓN DE ESTUDIO:

Día	Mes	Año	

DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____ DIAGNÓSTICO FINAL: _____

Nombre: _____ Núm. de afiliación o expediente: _____

		Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre			
Sexo:	M <input type="text"/>	F <input type="text"/>	Edad:		Años <input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses <input type="text"/>	<input type="text"/>	Días <input type="text"/>

Lugar de residencia: _____

Calle y Núm. o Lugar de Residencia _____

Municipio _____ Clave _____ Entidad _____ Clave _____ Colonia o Localidad _____ C.P. _____ Teléfono (s) _____

Fecha de inicio de signos y síntomas:

Día	Mes	Año		

Signos y síntomas:

III.b TRATAMIENTO

[illegible]

PROCEDENCIA: Local ☐ Importado ☐

Indique el lugar de procedencia para caso importado

Localidad	Municipio	Estado
Periodo de estancia en esa localidad Llegada: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Día Mes Año </div>		
Salida: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Día Mes Año </div>		

FUENTE DE INFECCIÓN. Investigada Confirmada
 (marque con una "X")

Otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fomites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN: (marque con una "X")

Persona a persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fomites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vectores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T= Tipo; PR= Preliminar CF= Confirmatorio CT= Control

ESTE FORMATO SE REQUISITA POR CUADRUPLICADO: ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE, UNA COPIA PARA LA JURISDICCIÓN SANITARIA RESPECTIVA, OTRA COPIA PARA EL NIVEL ESTATAL Y LA ÚLTIMA COPIA PARA LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO

SUIVE-2-2003

VI. ESTUDIO DE CONTACTOS NOMBRE Y DOMICILIO	EDAD		SEXO		CONTACTO**		CASO		VII. ACCIONES Y MEDIDAS DE CONTROL
					I	E	Si	No	

VIII. EVOLUCIÓN	Si	No	X. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES
¿Se estableció integralmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Quedó con secuelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Quedó como portador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se perdió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Falleció?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha de la defunción:	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 2px;"> Día Mes Año </div>		

IX. PREVENCIÓN Y CONTROL	Si	No	Núm.	
En caso afirmativo, anote cuántas acciones				
Platicas de fomento para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Vacunación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Tratamientos individuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Tratamientos familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Cloración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Letrinización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Otras actividades	_____			

Nombre y cargo de quien elaboró

Vo. Bo. del Director

Vo. Bo. del Epidemiólogo

Día

Mes

Año

Fecha de envío al nivel inmediato superior

EDAD EN AÑOS O MESES CUMPLIDOS. LOS MESES SERÁN INDICADOS CON UNA "m"
 ** I= INTRADOMICILIARIO, E= EXTRADOMICILIARIO
 ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO POR EL EPIDEMIÓLOGO O PERSONAL DESIGNADO