

Anexo IV. Formulario de Notificación y Control de Contactos (Virus Ébola)

Datos del Caso (Investigación/Confirmado)

Código del Caso (ccaa/aaaa/xx): _ / _ _ _ / _ _ CIP: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre: _____ Género: Varón: Mujer:

Provincia Residencia: _____ Municipio Residencia: _____

Tipo de Caso: Investigación: Confirmado: Descartado:

Datos del Contacto

Código de Contacto: (ccaa/aaaa/xxx): _ / _ _ _ / _ _ CIP: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre: _____ Género: Varón: Mujer:

Fecha de Nacimiento: _ - _ - _ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Fecha de Primer Contacto: _ - _ - _ Fecha de Último Contacto: _ - _ - _

Tipo de Contacto:

Sanitario: Familiar: Amigo: Otro Tipo:

Citar Otro Tipo: _____

Lugar de Contacto:

Hospital: Domicilio Familiar: Otro Lugar:

Citar Otro Lugar: _____

Manifestaciones Clínicas

Días Transcurridos desde Último Contacto: _ _ **Fecha de Observación:** _ - _ - _

Primera Observación del Día:

Fiebre: Temperatura: _ , _ Hora de Toma: _ : _

Cefalea: Mialgias: Vómitos: Diarrea:

Hemorragia: Dolor Abdominal Intenso: Odinofagia:

Petequias: Otros Síntomas:

Citar Otros Síntomas: _____

Segunda Observación del Día:

Fiebre: Temperatura: __, __ Hora de Toma: __: __

Cefalea: Mialgias: Vómitos: Diarrea:

Hemorragia: Dolor Abdominal Intenso: Odinofagia:

Petequias: Otros Síntomas:

Citar Otros Síntomas: _____

Categorización de Contacto:

Alto Riesgo: Bajo Riesgo: Sin Riesgo:

Toma Antitérmicos: Sí: No: Inmunodeprimido: Sí: No:

Tipo de Vigilancia:

Cuarentena Hospital: Cuarentena Domicilio: Vigilancia Activa:

Personal que Realiza la Vigilancia

Médico Responsable del Contacto: _____

Técnico que Supervisa los Signos/Síntomas: _____

Centro Sanitario: _____ Teléfono: _____

Observaciones