



Notificación de caso probable

Servicio de origen: ☐ Programa ☐ Operativo ☐ Proyecto

Se aplicó PDR ☐

Nombre del servicio de origen: _____

Resultado: _____

Distrito: _____ Sector: _____ Número de muestra: _____

Tipo de servicio: ☐ Búsqueda ☐ Seguimiento Fecha: _____ Hora: _____
☐ Activa ☐ Pasiva ☐ Reactiva

Datos del paciente

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Nombre(s): _____ Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____ kgs.

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Procedencia: ☐ Local ☐ Estatal ☐ Nacional ☐ Extranjero

Estancia: ☐ Residente ☐ Temporal Periodo de estancia: Días antes: _____ Días después: _____ ☐ Indefinido

Domilio del paciente

Número CNEP: _____ Estado: _____ Municipio: _____

Localidad/Colonia: _____ Calle: _____

No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____

Síntomas

☐ Sudoración ☐ Escalofrío ☐ Cefalea ☐ Otro: _____

Fiebre: ☐ Actual ☐ Reciente Fecha de inicio: _____



Notificación de caso probable

Servicio de origen: ☐ Programa ☐ Operativo ☐ Proyecto

Se aplicó PDR ☐

Nombre del servicio de origen: _____

Resultado: _____

Distrito: _____ Sector: _____ Número de muestra: _____

Tipo de servicio: ☐ Búsqueda ☐ Seguimiento Fecha: _____ Hora: _____
☐ Activa ☐ Pasiva ☐ Reactiva

Datos del paciente

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Nombre(s): _____ Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____ kgs.

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Procedencia: ☐ Local ☐ Estatal ☐ Nacional ☐ Extranjero

Estancia: ☐ Residente ☐ Temporal Periodo de estancia: Días antes: _____ Días después: _____ ☐ Indefinido

Domilio del paciente

Número CNEP: _____ Estado: _____ Municipio: _____

Localidad/Colonia: _____ Calle: _____

No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____

Síntomas

☐ Sudoración ☐ Escalofrío ☐ Cefalea ☐ Otro: _____

Fiebre: ☐ Actual ☐ Reciente Fecha de inicio: _____

Inicio de tratamiento por PDR positiva

Si: ☐ No: ☐ Motivo: _____

Número de comprimidos ministrados

Cloroquina 150 mg _____
Primaquina 5.0 mg _____
Primaquina 7.5 mg _____
Primaquina 15 mg _____

Tutor o testigo del paciente

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Nombre(s): _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Identificación: ☐ Sin identificación ☐ INE ☐ Pasaporte ☐ Oportunidades ☐ Cartilla de salud Número: _____

Relación: ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Hijo(a) ☐ Tío(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Otro familiar
☐ Profesor(a) ☐ Conocido(a) ☐ Vecino(a)

Domicilio alternativo del paciente * Llenar en caso de no ser residente del domicilio trabajado

País: _____ Estado: _____ Municipio: _____

Localidad/Colonia: _____ Calle: _____

No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____

Referencia de ubicación: _____

Persona que llena el formato

Adscripción, brigada o unidad de salud: _____ Nombre: _____

Categoría: _____

Para llenar por el microscopista

Fecha de recepción: _____

Fecha de emisión de resultado: _____

Resultado: Negativo ☐ Positivo ☐
Especie _____

Densidad parasitaria: EAS/ μ L _____ ESS/ μ L _____

Inicio de tratamiento por PDR positiva

Si: ☐ No: ☐ Motivo: _____

Número de comprimidos ministrados

Cloroquina 150 mg _____
Primaquina 5.0 mg _____
Primaquina 7.5 mg _____
Primaquina 15 mg _____

Tutor o testigo del paciente

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Nombre(s): _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Identificación: ☐ Sin identificación ☐ INE ☐ Pasaporte ☐ Oportunidades ☐ Cartilla de salud Número: _____

Relación: ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Hijo(a) ☐ Tío(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Otro familiar
☐ Profesor(a) ☐ Conocido(a) ☐ Vecino(a)

Domicilio alternativo del paciente * Llenar en caso de no ser residente del domicilio trabajado

País: _____ Estado: _____ Municipio: _____

Localidad/Colonia: _____ Calle: _____

No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____

Referencia de ubicación: _____

Persona que llena el formato

Adscripción, brigada o unidad de salud: _____ Nombre: _____

Categoría: _____

Para llenar por el microscopista

Fecha de recepción: _____

Fecha de emisión de resultado: _____

Resultado: Negativo ☐ Positivo ☐
Especie _____

Densidad parasitaria: EAS/ μ L _____ ESS/ μ L _____