



CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS
Notificación de caso - Prescripción de medicamentos

1. ESTABLECIMIENTO:		
2. LOCALIDAD:		
3. PARTIDO:		4. ZONA SANITARIA:
5. APELLIDO Y NOMBRES:		6. HC:
7. FECHA DE NACIMIENTO □□ □□ □□	8. SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	9. ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
10. RESIDENCIA ACTUAL		
LOCALIDAD	PARTIDO	PROVINCIA:
11. VIVIENDA URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> N° DORMITORIOS:		12. OCUPACION LABORAL
13. RESIDENCIA ANTERIOR EN RELACION A LA INFECCION:		
AÑO: □□□□	LOCALIDAD:	PARTIDO PROVINCIA/PAIS
14. VIVIENDA URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> N° DORMITORIOS:		15. OCUPACION LABORAL
16. CONVIVIENTES		
ESPOSA/O <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS: □□	N° DE OTROS: □□
17. CON REACCIONES POSITIVA PARA CHAGAS		
Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPOSA/O <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS: □□	N° DE OTROS: □□
18. FECHA PROBABLE DE INFECCION □□ □□ □□		19. MECANISMO INSECTO VECTOR <input type="checkbox"/> ACCIDENTAL: <input type="checkbox"/> TRANSPLACENTARIA <input type="checkbox"/> DIGESTIVA: <input type="checkbox"/> TRANSFUSIONAL <input type="checkbox"/>
20. EXAMEN DE LABORATORIO		
GOTA GRUESA <input type="checkbox"/> LATEX <input type="checkbox"/> HEMOAGLUTINACION <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/>	KENODIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> MACHADO - GUERREIRO <input type="checkbox"/> INMUNOFLUORESCENCIA <input type="checkbox"/>	
21. FECHA DIAGNOSTICO □□ □□ □□	22. FORMA CLINICA AGUDA <input type="checkbox"/> CRONICA <input type="checkbox"/> CONGENITA <input type="checkbox"/>	
23. MANIFESTACIONES CLINICAS (DETALLAR SIGNOS Y SINTOMAS)		
CUTANEAS:.....		
CARDIACAS:.....		
DIGESTIVAS:.....		
NEUROPSIQUICAS:.....		
24. FECHA DE INICIACION DEL TRATAMIENTO □□ □□ □□	25. PESO ACTUAL: □□□ KG	
26. ESQUEMA PROPUESTO (INDICAR MEDICAMENTO, DOSIS DIARIA Y DURACION ESTIMADA)		
27. MEDICAMENTOS PROVISTOS (NUMERO DE COMPRIMIDOS ENTREGADOS A LA FECHA)		
28. EVALUACION DEL TRATAMIENTO EN CUMPLIMIENTO <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> COMPLETADO <input type="checkbox"/>		29. CONDICION DE ALTA
FECHA NOTIFICACION: □□ □□ □□	FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO	ACLARACION O SELLO

OBSERVACIONES: (para solicitar reposición de medicamento solamente completar los rubros 1,2,3,4,5,6,26,27 y 28)