

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

<b>1.1 Código de la UPGD *</b>				<b>Razón social de la unidad primaria generadora del dato *</b>			
<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Departamento		Municipio		Código		Sub-Índice	
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO							
<b>1.2 Nombre del evento *</b>				<b>Código del evento</b>		<b>1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *</b>	
EXPOSICION A FLUOR				<input type="text" value="2"/>		<input type="text" value="2"/>	
				<input type="text" value="8"/>		<input type="text"/>	

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

<b>2.1 Tipo de documento *</b>				<b>2.2 Número de identificación *</b>			
<input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> SC <input type="radio"/> DE <input type="radio"/> PT							
<small>*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID   PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNE DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJERO   PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL</small>							
<b>2.3 Nombres y apellidos del paciente *</b>						<b>2.4 Teléfono *</b>	
<b>2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>		<b>2.6 Edad *</b>		<b>2.7 Unidad de medida de la edad *</b>		<b>2.8 Nacionalidad *</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica		<input type="text"/>	
						Código	
<b>2.9 Sexo *</b>		<b>2.10 Identidad de género</b>		<b>2.11 Orientación sexual</b>			
<input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer		<input type="radio"/> 1. Hombre <input type="radio"/> 3. Hombre trans <input type="radio"/> 5. Otra <input type="radio"/> 2. Mujer <input type="radio"/> 4. Mujer trans <b>Cuál otra?</b>		<input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual <b>Cuál otra?</b> <input type="radio"/> 2. Gay/Lesbiana <input type="radio"/> 4. Otra			
<b>2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *</b>			<b>2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *</b>			<b>2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *</b>	
COLOMBIA			<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <small>País</small>			<input type="text"/> <input type="text"/> <small>Departamento</small> <small>Municipio</small>	
						<input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado	
<b>2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso</b>		<b>2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso</b>		<b>2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso</b>		<b>2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia</b>	
NO APLICA		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
						Código	
<b>2.19 Ocupación del paciente *</b>			<b>2.20 Tipo de régimen en salud *</b>			<b>2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *</b>	
<small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small> <input type="text"/>			<input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidiado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente			<input type="text"/>	
						Código	
<b>2.22 Pertenencia étnica *</b>							<b>2.23 Estrato</b>
<input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input type="radio"/> 6. Otro							
<b>2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *</b>							
<input type="checkbox"/> Personas en condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Personas privadas de la libertad <input type="checkbox"/> Habitantes de la calle <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales							

3. NOTIFICACIÓN

<b>3.1 Fuente</b>				<b>3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *</b>			
<input checked="" type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com. <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada				País <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>3.3 Dirección de residencia *</b>							
<b>3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)</b>		<b>3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)</b>		<b>3.6 Clasificación inicial de caso *</b>		<b>3.7 Hospitalizado *</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input checked="" type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexos epidemiológico		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)</b>		<b>3.9 Condición final *</b>		<b>3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)</b>		<b>3.11 Número certificado de defunción</b>	
<input type="text"/>		<input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>3.12 Causa básica de muerte</b>			<b>3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *</b>			<b>3.14 Teléfono del profesional *</b>	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			7333400 Ext:408	

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

<b>4.1 Seguimiento y clasificación final del caso</b>				<b>4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)</b>			
<input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> D. Descartado por error de digitación <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. nexos epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización				<input type="text"/>			

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila  
 Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 228. Exposición a flúor**

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

**RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS**

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

Persona de seis, 12, 15 y 18 años de edad que asiste a la consulta odontológica y que durante la valoración clínica refiere exposición a alguna de las fuentes documentadas de flúor o presenta cualquiera de los niveles de severidad del índice de Dean incluyendo la clasificación normal y la presencia de forma bilateral, en dientes del mismo periodo de formación, manchas blancas no delimitadas, más notorias en el tercio cervical e incisal de superficies lisas y en los bordes y vértices cúspideos de superficies oclusales; estas manchas pueden ir desde: líneas horizontales blancas delgadas o gruesas, manchas semirredondas tipo motas de algodón o copos de nieve, superficie blanco tiza, con o sin pigmentaciones café, hasta fosas de ruptura redondas, horizontales o con pérdida parcial o total del esmalte coronal.

**5. DATOS ESPECÍFICOS**

**5.1 Índice de Dean: marcar el número correspondiente a la condición clínica de la lesión**

16	15	13	12	11	21	22	23	25	26
46									36

**CONVENCIONES**

- 0 Normal
- 1 Dudoso
- 2 Muy leve
- 3 Leve
- 4. Moderada
- 5. Severa
- 9. No aplica

**5.2 Clasificación clínica de las lesiones (índice de Dean) y clasificación de la persona**

- 0 Normal
- 1 Dudoso
- 2 Muy leve
- 3 Leve
- 4. Moderada
- 5. Severa

**6. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES**

**6.1 Fuente de consumo de agua**

- 1. Acueducto
- 2. Pozo subterráneo/Aljibe
- 3. Quebrada
- 4. Agua embotellada
- 5. Otro

**6.2 Ingesta de crema dental con flúor**

- 1. Sí
- 2. No

**6.3 Aplicaciones tópicas de barniz de flúor en el último año**

- 1. Sí
- 2. No

**6.4 La persona recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (sólo para personas que acuden con su madre a la consulta)**

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Desconocido