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

1.1 Código de la UPGD *

Departamento: 52 | Municipio: 001 | Código: 01102 | Sub– Índice: 01

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

1.2 Nombre del evento *

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA POR VIRUS NUEVO

Código del evento: 346

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *

__ / __ / ____

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *

○ RC ○ TI ○ CC ○ CE ○ PA ○ MS ○ AS ○ PE ○ CN ○ CD ○ SC ○ DE ○ PT

2.2 Número de identificación *

*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: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *

2.4 Teléfono *

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

__ / __ / ____

2.6 Edad *

2.7 Unidad de medida de la edad *

○ 1. Años ○ 3. Días ○ 5. Minutos
○ 2. Meses ○ 4. Horas ○ 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *

Código

2.9 Sexo *

○ M. Hombre ○ I. Indeterminado
○ F. Mujer

2.10 Identidad de género

○ 1. Hombre ○ 3. Hombre trans ○ 5. Otra
○ 2. Mujer ○ 4. Mujer trans **Cuál otra?**

2.11 Orientación sexual

○ 1. Heterosexual ○ 3. Bisexual **Cuál otra?**
○ 2. Gay/Lesbiana ○ 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *

COLOMBIA — 170 (País)

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *

Departamento | Municipio

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *

○ 1. Cabecera municipal ○ 3. Rural disperso
○ 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso

NO APLICA

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso

Código

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia

Código

2.19 Ocupación del paciente *

Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior

Código

2.20 Tipo de régimen en salud *

○ P. Excepción ○ C. Contributivo ○ N. No Asegurado
○ E. Especial ○ S. Subsidiado ○ I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *

Código

2.22 Pertenencia étnica *

○ 1. Indígena Grupo ètnico ○ 2. Rom, Gitano ○ 3. Raizal ○ 4. Palenquero ○ 5. Negro, mulato afro colombiano ○ 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *

❑ Personas en condición de discapacidad ❑ Migrantes ❑ Gestantes (Semanas de gestación) ❑ Población infantil a cargo del ICBF ❑ Desmovilizados ❑ Víctimas de violencia armada
❑ Desplazados ❑ Personas privadas de la libertad ❑ Habitantes de la calle ❑ Madres comunitarias ❑ Centros psiquiátricos ❑ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente

X 1. Notificación rutinaria ○ 4. Búsqueda activa com.
○ 2. Búsqueda activa Inst. ○ 5. Investigaciones
○ 3. Vigilancia Intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *

País | Departamento | Municipio

3.3 Dirección de residencia *

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)

__ / __ / ____

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

__ / __ / ____

3.6 Clasificación inicial de caso *

○ 1. Sospechoso ○ 3. Conf. por laboratorio
○ 2. Probable ○ 4. Conf. Clínica
○ 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *

○ Sí ○ No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

__ / __ / ____

3.9 Condición final *

○ 1. Vivo
○ 2. Muerto
○ 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

__ / __ / ____

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

7333400 Ext:408

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

○ 0. No aplica ○ 4. Conf. Clínica ○ 6. Descartado ○ D. Descartado por error de digitación
○ 3. Conf. por laboratorio ○ 5. Conf. nexo epidemiológico ○ 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

__ / __ / ____

Correos: sivigila@ins.gov.co