



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

1.1 Código de la UPGD *

52

001

01102

01

DepartamentoMunicipioCódigoSub-Índice

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

1.2 Nombre del evento *

LESIONES DE CAUSA EXTERNA

Código del evento

453

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

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 : CARNE 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

2.8 Nacionalidad *

Código

2.9 Sexo *

M. Hombre

I. Indeterminado

F. Mujer

2.10 Identidad de género

1. Hombre

3. Hombre trans

2.11 Orientación sexual

1. Heterosexual

3. Bisexual

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *

COLOMBIA

1

7

0

País

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *

DepartamentoMunicipio

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

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *

Código

2.22 Pertenencia étnica *

1. Indígena

Grupo étnico

2. Rom, Gitano

2.23 Estrato

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

Personas en condición de discapacidad

Migrantes

3.1 Fuente

1. Notificación rutinaria

4. Búsqueda activa com.

2. Búsqueda activa Inst.

5. Investigaciones

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *

PaísDepartamentoMunicipio

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

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

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

0. No aplica

4. Conf. Clínica

6. Descartado

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)



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

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 453. Lesiones de causa externa

FOR-R02.0000-075 V:04 2025-03-01

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
-------------------------------------	---------------	------------------------

5. LESION DE CAUSA EXTERNA OCASIONADA POR:

☐ 1. Accidente de consumo ☐ 4. Procedimientos estéticos

6. ELEMENTO QUE OCASIONÓ LA LESION (Seleccione una o varias de las siguientes opciones)

☐ Máquina, equipo eléctrico o motor	☐ Artículos ó elementos de niños	☐ Biopolímero
☐ Medios de transporte	☐ Artículos deportivos y de ocio	☐ Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)
☐ Productos químicos	☐ Equipos de comunicación, electrónicos, equipos audiovisuales y computadores	Nombre del elemento
☐ Juguetes	☐ Artículos de belleza, cuidado personal e higiene	
☐ Equipos de construcción	☐ Medicamentos	
☐ Vestimenta, accesorios y calzado	☐ Aparatología de uso estético	
☐ Material escolar	☐ Equipos biomédicos	
☐ Muebles, electricos		

> ¿El caso hace parte de un brote? ☐ 1. Si ☐ 2. No

7. TIPO DE LESIÓN (Seleccione una o varias de las siguientes opciones)

☐ Asfixia o ahogamiento	☐ Choque eléctrico, electrocución	☐ Intoxicación, alergias	☐ Necrosis
☐ Estrangulamiento, sofocación	☐ Fractura, esguince y luxación	☐ Infección	☐ Embolia
☐ Herida, laceración , cortes	☐ Politraumatismo	☐ Sepsis	☐ Depresión respiratoria
☐ Trauma leve, aplastamiento, aprisionamiento	☐ Amputación o enucleación	☐ Perforación	
	☐ Quemaduras	☐ Hemorragia	

8. PARTE DEL CUERPO AFECTADA (Seleccione una o varias de las siguientes opciones)

☐ Cráneo	☐ Orejas	☐ Antebrazo	☐ Tórax posterior	☐ Genitales	☐ Pies
☐ Cara	☐ Boca- Dientes	☐ Mano	☐ Mamas	☐ Glúteos	☐ Dedos de los pies
☐ Ojos	☐ Cuello	☐ Dedos de la mano	☐ Abdomen	☐ Muslos	☐ Órganos internos
☐ Nariz	☐ Brazo	☐ Tórax anterior	☐ Pélvis - Perineo	☐ Piernas	☐ Piel

9. LUGAR DE OCURRENCIA DEL EVENTO (Seleccione una o varias de las siguientes opciones)

☐ Hogar	☐ Industria	☐ IPS
☐ Establecimiento educativo	☐ Establecimiento público	Nombre del establecimiento
☐ Calle	☐ Centro de estética	
☐ Lugar recreacional	☐ SPA	

10. CONDICIONES ESPECIALES

10.1 Número de procedimientos quirurgicos que se realizaron de manera simultanea	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ Más de 3.
10.2 Tipo de profesional que desarrollo el procedimiento estético:	☐ 1. Profesional de la salud	☐ 3. Médico esteticista	☐ 5. Esteticista	
	☐ 2. Cirujano plástico	☐ 4. Médico especialista	☐ 6. Cosmetologo	
10.3 Hospitalización	☐ 1. Si	☐ 2. No	10.4 UCI	☐ 1. Si ☐ 2. No

11. DATOS COMPLEMENTARIOS PARA EL USO DE SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE ADMINISTRACIÓN DE NICOTINA (SEAN) /SISTEMAS ELECTRÓNICOS SIN SUMINISTRO DE NICOTINA (SSSN)

11.1 ¿Qué sustancia(s) usa en el SEAN/SSSN?				
☐ Nicotina	☐ Saborizantes	☐ Marihuana y/o derivados	☐ Otra	11.1.1 ¿Cuál? _____
11.2 ¿Con qué frecuencia usa el SEAN/SSSN? ☐ 1. Diario ☐ 2. Dos o tres veces a la semana ☐ 3. Una vez a la semana ☐ 4. Menos de una vez a la semana				
11.3 Manifestaciones clínicas	☐ Tos	☐ Dificultad respiratoria	☐ Nauseas	☐ Diarrea
	☐ Disnea	☐ Dolor torácico	☐ Vómito	☐ Dolor abdominal
11.4 Diagnósticos relacionados con la atención			11.5 ¿Qué otra(s) sustancia(s) consume actualmente?	
☐ Síndrome Bronquial Obstructivo	☐ Intoxicación	☐ Alergia	☐ Cigarrillo / Tabaco	☐ Cocaína
☐ Evento coronario agudo	☐ Quemadura		☐ Marihuana	☐ Bazuco
11.6 Antecedentes médicos cardiacos y pulmonares previos al uso de SEAN/SSSN				
☐ Asma	☐ EPOC	☐ Alergias respiratorias	☐ Fibrosis quística	☐ Enfermedad coronaria