

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

Cod INS 607. Ébola

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

5. INFORMACIÓN GENERAL

5.1 Nombre del familiar o contacto	5.2 Números telefónicos del contacto	
_____	_____	_____
Nombres y Apellidos	Teléfono #1	Teléfono #2

5.3 Fecha de ingreso a Colombia del PACIENTE (dd/mm/aaaa)

□□	-	□□	-	□□□□
----	---	----	---	------

6. DESPLAZAMIENTOS EN LOS ULTIMOS 21 DÍAS ANTES DEL INICIO DE SINTOMAS

Nota: La fecha del primer desplazamiento ANTES del inicio de síntomas será la misma fecha de inicio de síntomas

1	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)
2	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)
3	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)
4	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)
5	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)

7. SIGNOS Y SINTOMAS

- | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Astenia y adinamia | <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Erupción | <input type="checkbox"/> Diarrea | 7.1 ¿Cuáles otros? |
| <input type="checkbox"/> Sangrados o coagulopatías | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis | _____ |

8. DESPLAZAMIENTOS DESPUÉS DEL INICIO DE SINTOMAS HASTA LA FECHA DE CONSULTA ACTUAL Y AISLAMIENTO

1	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)	Lugar específico
2	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)	Lugar específico
3	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)	Lugar específico
4	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)	Lugar específico