



## 1- Fecha de Notificación de Parotiditis Infecciosa

### 1. Datos de filiación el enfermo

Apellido y Nombre: ..... DNI:.....  
 Fecha de nacimiento: .../.../..... Edad: ..... Años:..... Meses (< de 2) .....  
 Sexo: **M**  **F**   
 Domicilio: .....  
 Localidad:..... Provincia:.....  
 Ocupación:..... Centro de Estudios (Aula)/Trabajo:.....

### 2. Datos Clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:.../.../.....

### 3. Descripción Clínica

Signos y Síntomas	SI	NO
Inflación parotidas (>2 días )		
Fiebre		
Cefalea		
Mialgias		
Anorexia		
Malestar General		

Complicaciones	SI	NO
Meningitis		
Orquitis		
Pancreatitis		
Sordera		

Otras. Especificar: .....

#### Evolución:

Recuperación: NO  SI  Fallecimiento: NO  SI  Fecha: .../.../.....

#### Ingreso en Hospital:

Fecha de hospitalización: .../.../.....

Centro: .....

Servicios: .....



#### 4. Datos de Laboratorio

Fecha de toma de Muestra: ...../...../.....

Muestras enviadas al Laboratorio: Saliva  Orina  Sangre

Fecha:...../...../.....

#### 5. Datos Epidemiológicos

Tipo de Caso: Sospechoso  Probable  Confirmado

Fuente probable de contagio: .....

Nro. De alumnos: ..... Aula:..... Colegio:.....

¿Ha recibido vacuna contra la parotiditis?

SI  NO  Tipo de vacuna:.....

Nro. Dosis recibidas: ..... Fechas Aproximadas: .....

Lote:...../...../.....

Lote:...../...../.....

Última dosis recibida:..... Fechas Aproximadas: .....

Presenta Carnet de vacunación: NO  SI

¿Ha recibido simultaneamente otra vacuna? NO  SI

Especificar vacunas:.....

Antecedentes de Enfermedades:

Inmunodeficiencia congénita o adquirida

NO  SI

Tratamiento Inmunodepresor reciente

NO  SI

Mal Nutrición

NO  SI

#### 6. Datos del declarante

Fecha de notificación de caso: ...../...../.....

Médico que declara el caso: .....

Centro de trabajo:..... Municipio:.....

Provincia: ..... Tel. de contacto: .....

Mail de contacto:.....

(Imprescindible para el envío de informes)

.....  
Firma y aclaración  
Médico notificante