

Establecimiento notificador..... Fecha de consulta.....

Datos personales

Nombre y Apellido			
DNI		Edad	
Domicilio: (SI NO TIENE NUMERACIÓN, INDIQUE PUNTOS DE REFERENCIA PARA PODER REALIZAR LAS ACCIONES DE BLOQUEO EN CONVIVIENTES).			
Teléfono/Cel:			

Antecedentes de vacunación con SR (doble vírica) o SRP (triple vírica)

	Marque con una X lo que corresponda.
Desconoce /no trae carné o libreta de salud	
Tiene una dosis de SR o SRP	
Tiene dos dosis de SR o SRP	
Fecha de la última dosis recibida (SR o SRP)	

Datos clínicos

Signos y síntomas	Fecha de inicio	Si UD no registra las fechas de inicio de estos dos eventos, LAS MUESTRAS NO PODRÁN SER PROCESADAS.
Fiebre		
Exantema		

Otros signos y síntomas	si	no
Tos		
Catarro nasal		
Conjuntivitis		
Adenopatías		
Artralgias/artritis		
Se interna	si	no

En caso de tratarse de una embarazada indique la edad gestacional.

Datos epidemiológicos

	si	no
Estuvo en contacto con un caso de sarampión/rubéola en los 30 días previos.		
Tiene antecedentes de viaje en los 30 días previos.		
Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el inicio de los síntomas.		

Datos de laboratorio

	Muestra/s que se toman (marque con una X lo que corresponda)		Fecha toma de muestra
	si	no	
Suero			
Orina			
Aspirado nasofaríngeo			
Hisopado nasofaríngeo			

Datos del notificador

- Firma:
- Aclaración:
- Cel. de contacto: