



**INTERVENCIONES EN VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA
ACTA E INFORME DE VISITA**



PARALISIS FLACIDA

FECHA NOTIFICACIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

BARRIO: _____

FECHA RECEPCIÓN FICHA: _____

COMUNA: _____

CORREGIMIENTO: _____

FECHA DE LA VISITA: _____

HORA DE VISITA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS AFECTADO (A): _____

EDAD _____

PESO _____

No IDENTIFICACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CUIDADOR O PERSONA A CARGO _____

No IDENTIFICACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

DE LA PERSONA AFECTADA: _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

NIVEL SISBEN: _____ ESTADO CIVIL: _____

DEL CUIDADOR O PERSONA A CARGO: _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

NIVEL SISBEN: _____ ESTADO CIVIL: _____

DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO DEL AFECTADO Y/O CUIDADOR (TIPO Y FRECUENCIA): _____

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (NUMERO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS HABITACIONES, MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN): _____

TIPO DE VIVIENDA (EN ARRIENDO,COMODATO, PRESTADA O PROPIA): _____

PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA (MENORES DE 5 AÑOS, ADULTOS MAYORES,GESTANTES, ADOLESCENTES): _____

UBICACIÓN (CONJUNTO RESIDENCIAL, BARRIO POPULAR, ZONA DE INVASIÓN O DE RESERVA FORESTAL): _____

SERVICIOS PUBLICOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA: _____

ESTRATO (SEGÚN FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS): _____

LO MAS IMPORTANTE ES SABER SI SE CUMPLE CON EL SANEAMIENTO BASICO EL LUGAR DE VIVIENDA

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

TIPOLOGIA FAMILIAR(MONOPARENTAL, MADRE CABEZA DE HOGAR, FLIA RECONSTITUIDA): _____

PERSONAS A CARGO DEL AFECTADO O CUIDADOR: _____

FAMILIOGRAMA

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

REGIMEN DE AFILIACIÓN AL SGSS: _____

ASEGURADORA: _____

IPS DONDE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES (FAMILIARES, PERSONALES, QUIRURGICOS, HOSPITALARIOS, GINECOLOGICOS, TRAUMÁTICOS, FARMACOLOGICOS, TRANSFUCIONALES, ALÉRGICOS): _____

INVESTIGUE POR PATOLOGIAS NEUROLOGICAS

HISTORIA DE INMUNIZACIÓN (TENENCIA EL CARNET, ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD): _____

Diligencie el cuadro anexo de vacunación especificando la fecha de aplicación de la vacuna

ASISTENCIA A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CONTROL PRENATAL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, OTROS)

VALORE EL ESTADO VACUNAL DE LOS CONTACTOS ESTRECHOS MENORES DE 5 AÑOS FAMILIAR:

CONTACTO 1: NOMBRE:

CONTACTO 2 NOMBRE:

ANTECEDENTES ASOCIADOS AL EVENTO (CASO INVESTIGADO)

	SI	NO	OBSERVACIONES
DESPLAZAMIENTOS EN EL PAIS EN EL ULTIMO MES			¿DÓNDE? _____
CONTACTO RECIENTE CON PERSONA PROVENIENTE DEL EXTRANJERO			¿DE QUE PAIS? ¿HACE CUÁNTO? _____
TUVO CONTACTO CON UNA PERSONA VACUNADA			¿CUAL VACUNA SE LE ADMINISTRO? _____
HACE CUANTO TIEMPO FUE VACUNADA			REFIERA ESTE DATO EN DIAS O MES? _____
CONSULTÓ AL MÉDICO			¿HACE CUÁNTO? _____
RECIBIÓ TRATAMIENTO CON ALGUN MEDICAMENTO NEUROLOGICO			TIPO DE MEDICAMENTO Y DURACION _____
SE AUTOMÉDICO			¿QUÉ Y CÓMO? _____
APLICACIÓN RECIENTES DE VACUNAS POLIO			¿CUÁLES? ¿VOP O VIP? _____
EL CASO TUVO FIEBRE AL INICIO DE LA PARALISIS			¿A LOS CUANTOS DIAS? _____
LA PARALISIS FUE PROGRESIVA DURANTE LOS PRIMEROS 4 DIAS			¿DESCRIBA LA PROGRESION DE LA PARALISIS DESDE ELPRIMER MIEMBRO AFECTADO? _____
PERSONA ESCOLARIZADA			¿DÓNDE? _____
RESIDENTE EN ALBERGUE U OTRO			¿CUÁL? _____

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS Y DESCRIPCIÓN

AMPLIACIÓN DE LOS HALLAZGOS

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO (DESCRIBIR OTRAS OBSERVACIONES):
