

ANEXO N° 4

GOBIERNO REGIONAL DE SALUD

PROGRAMA DE CONTROL DE BRUCELOSIS

FORMATO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Hospital _____

A. DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ Historia Clínica: _____

Procedencia: _____
Localidad Distrito Provincia Departamento

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino () Ocupación: _____

B. DATOS DE LA ENFERMEDAD:

Tuvo la enfermedad anteriormente: SI () NO ()

Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de los primeros síntomas: Día _____ Mes _____ Año _____

Medio de confirmación diagnóstica: Clínico () Serológico ()

Título _____ Cultivo () Tipo de Brucella _____

Tratamiento: _____

Tipo de atención: Ambulatorio () Días: _____

Hospitalizado () Permanencia _____

Fecha de defunción: Día _____ Mes _____ Año _____

FECHA DE INVESTIGACIÓN:

RESPONSABLE: FIRMA Y SELLO: