



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE PAROTIDITIS INFECCIOSA

1. Datos de filiación de la persona

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento:/...../.....

Sexo legal:

Femenino (F) Masculino (M) No Binario (X)

Sexo al nacer:

Femenino (F) Masculino (M) Indeterminado (I)

Género:

Mujer CIS ___ Varón CIS ___ Mujer Trans ___ Varón Trans ___ Desconocido Otro

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Teléfono celular:

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 parótidas (>2 días)		
Fiebre		
Cefalea		
Mialgias		
Anorexia		
Malestar General		

Complicaciones	SI	NO
Meningitis		
Orquitis		
Pancreatitis		
Sordera		

Otras. Especificar:

Evolución:

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

Recuperación: NO SI

Fallecimiento: NO SI



Ingreso en Hospital:

Fecha de hospitalización:/...../.....

Centro:

Servicio:

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. estudiantes:..... 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 simultáneamente otra vacuna? NO SI

Especificar vacunas:.....

Antecedentes de enfermedades:

Inmunodeficiencia congénita o adquirida NO SI

Tratamiento inmunodepresor reciente NO SI

Malnutrición NO SI



Dirección Nacional de
Epidemiología e Información
Estratégica



Ministerio de Salud
Argentina

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE PAROTIDITIS INFECCIOSA

6. Datos de la persona declarante

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

Profesional que declara el caso:

Centro de trabajo:.....



Dirección Nacional de
Epidemiología e Información
Estratégica



Ministerio de Salud
Argentina

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE PAROTIDITIS INFECCIOSA

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

Mail de contacto:.....

(Imprescindible para en envío de informes)

.....

Firma y aclaración profesional notificante