

Protocolo de  
Identificación y  
Manejo de  
Enfermedades  
Infecto-contagiosas

2013

Aprobado por  
José F. Rodríguez Orengo, PhD  
Rector

Fecha: 19 de noviembre de 2013









### Referencias

Departamento de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Orden Administrativa Núm. 302 del 3 de junio de 2013.

Maurer, F., Smith, C. (2009). *Community/Public Health Nursing Practice*. (4<sup>th</sup> ed). Saunders: Elsevier.

Stegman J. K. (Ed.). (2005). *Stedman's Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

#### **Redactado por:**

Dra. Nancy Dávila  
Decana Interina  
Escuela de Enfermería

Dra. Inés García  
Decana Interina  
Escuela de Medicina

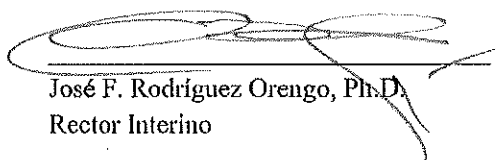
Dra. Nitza Hebé Rivera  
Decana Interina de Estudiantes

Dra. Gladys Galdón  
Directora  
Oficina de Servicios a Estudiantes

Dr. Carlos Canales  
Médico Ocupacional  
Clínica de Salud Ocupacional

Sra Juanita Rivera  
Enfermera Ocupacional  
Clínica de Salud Ocupacional

#### ***Aprobado por:***

  
José F. Rodríguez Orengo, Ph.D.  
Rector Interino

19 Nov 2013  
Fecha



# ANEJO 1

Orden Administrativa 302 del 3 de junio de 2013 del Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 302

PARA ENMENDAR LA ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 259 PARA EMITIR EL LISTADO DE ENFERMEDADES Y CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES AL DEPARTAMENTO DE SALUD A PARTIR DEL 3 DE JUNIO DE 2013 DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN VIRTUD DE LA AUTORIDAD QUE LE CONFIERE LA LEY NUMERO 81 DEL 14 DE MARZO DE 1912, SEGUN ENMENDADA.

- POR CUANTO:** El Departamento de Salud fue creado según lo dispuesto en la Ley Número 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, y elevado a rango constitucional el 25 de julio de 1952, en virtud de lo dispuesto en el artículo IV, sección 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- POR CUANTO:** Reconociendo su deber constitucional de velar por la salud del pueblo y en el cumplimiento de la política pública del Estado Libre Asociado Puerto Rico, el Departamento de Salud tiene la responsabilidad de fijar los objetivos de salud del pueblo de Puerto Rico y desarrollar estrategias para proteger la Salud del Pueblo.
- POR CUANTO:** El Secretario de Salud ejercerá todas aquellas funciones que le asigna la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, y todas las leyes vigentes relacionadas con la salud que exigen un sistema de servicios de salud efectivo.
- POR CUANTO:** De conformidad con las facultades que le confiere la Ley Número 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada el Secretario de Salud tiene la autoridad en Ley para emitir órdenes para prevenir un daño irreparable a la salud y al bienestar público.
- POR CUANTO:** La Ley Número 81, *supra*, en su artículo 10, establece que el Secretario de Salud mantendrá y tendrá a su cargo aquellos servicios de estadísticas vitales y aquellas que fueren necesarias para el desempeño de sus funciones, y todos aquellos otros servicios necesarios, para la protección, cuidado, mejoramiento y conservación de la salud pública que por ley se le asignen.
- POR CUANTO:** La Ley Número 81, *supra*, en su artículo 4 y 28 dispone sobre las facultades del Secretario de Salud en casos de enfermedades contagiosas y el informe a funcionarios de salud sobre las enfermedades contagiosas.
- POR CUANTO:** A la luz de estos estatutos, el Secretario establece y promulga la siguiente directriz cónsona con la nueva misión y visión del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de propiciar y conservar la salud como un estado o condición de bienestar físico, mental, emocional y social, que permita al ser humano el pleno disfrute de la vida y contribuir al esfuerzo productivo y creador de la sociedad siempre velando por la calidad, acceso y equidad en la prestación de servicios de salud a los niveles primarios, secundarios y terciarios, tanto públicos como privados.
- POR CUANTO:** En aras de cumplir con la política pública sobre la prestación de servicios de excelencia a la población en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y optimizar la utilización de los recursos en la prestación de servicios de salud primaria (prevención primaria y secundaria) con el objetivo de prevenir y suprimir condiciones de salud y enfermedades infecciosas que afecten la Salud del



pueblo puertorriqueño y poder implementar y evaluar la calidad de programas de control y prevención de enfermedades se hace imprescindible la emisión de la siguiente Orden Administrativa notificando a todos los profesionales de la salud la lista de condiciones de salud y enfermedades que tendrán que ser notificadas al Departamento de Salud a partir del 3 de junio de 2013. Esta lista de vigilancia epidemiológica será revisada todos los años por la Oficina de Epidemiología e Investigación y de necesitar ser actualizada una nueva lista será publicada.

**POR TANTO:**

YO, FRANCISCO JOGLAR PESQUERA, MD, SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO, PROMULGO EN ESTA FECHA LA PRESENTE ORDEN ADMINISTRATIVA PARA EMITIR LA LISTA DE ENFERMEDADES Y CONDICIONES DE SALUD DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA AL DEPARTAMENTO DE SALUD A PARTIR DEL PRIMERO DE ENERO DE 2013 DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN VIRTUD DE LA AUTORIDAD QUE ME CONFIERE LA LEY, ORDENO:

**Primero:** A partir del 3 de junio de 2013 todo médico o director de laboratorio debidamente certificado para ejercer sus funciones en Puerto Rico, tendrá la responsabilidad de identificar y hacer llegar al Departamento de Salud las enfermedades o resultados de laboratorio según se detallan en los Anejo I, II y III de esta Orden Administrativa. El no cumplimiento con esta Orden Administrativa conllevará una amonestación y de incumplimiento recurrente conllevará la pérdida de su licencia para ejercer la medicina en Puerto Rico.

**Segundo:** Todo profesional de la salud licenciado por la Junta de Reglamentación tendrá que informar dentro del período establecido de la confirmación, demostración y/o diagnóstico tentativo que alguna persona bajo su cuidado padece de alguna de las enfermedades y/o condiciones de salud contempladas en la presente Orden Administrativa.

- Enfermedades o condiciones clasificadas como Categoría I deberá completar el Informe Individual (Anejo IV) especificando la enfermedad o condición de salud y enviarlo a la División de Epidemiología o al programa correspondiente según estipulado en esta orden, por la vía más rápida en un período no mayor de cinco (5) días laborables. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.
- Enfermedades o condiciones clasificadas como Categoría II deberá someter semanalmente un informe (Anejo V) a la Oficina Regional de la División de Epidemiología. Este informe debe especificar la edad del paciente y el municipio donde reside y donde se efectúa la evaluación o diagnóstico inicial y final.
- Enfermedades o condiciones clasificadas como Categoría III deberá notificar **INMEDIATAMENTE** por teléfono o por la vía más rápida a la División de Epidemiología del Departamento de Salud o al programa correspondiente según estipulado en esta orden, para su investigación y tendrá que cumplimentar y enviar el informe de Categoría I dentro de un

período menor de 24 horas. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.

- Enfermedades o condiciones clasificadas como Informe Mensual deberá someter mensualmente un informe (Anejo VI) a la Oficina Central de Epidemiología por la vía más rápida dentro de los primeros cinco (5) días del próximo mes.
- Las otras condiciones de notificación obligatoria señaladas en el Anejo III deberán cumplimentar el informe requerido según suministrado por los programas correspondientes.

**Tercero:** La ocurrencia o sospecha de alguna de las condiciones o eventos de notificación obligatoria deberá ser reportada por cualquier profesional licenciado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para practicar alguna profesión relacionada con la salud, incluyendo médicos, enfermeros y personal de laboratorio, entre otros.

El principal oficial administrativo de cada hospital, laboratorio clínico o centro de salud deberá designar una persona encargada de reportar en su facilidad, de aquí en adelante denominada "Oficial de Notificación." El Oficial de Notificación es responsable de que se reporten al Departamento de Salud aquellas personas que reciben un diagnóstico, son tratadas o admitidas o que residen en dicha facilidad y que se sospecha o se confirma que tienen una condición de notificación obligatoria. Se deberá notificar a la División de Epidemiología la persona designada como "Oficial de Notificación" en cada institución,

Cuando un hospital o centro de salud reporta una condición de notificación obligatoria se cumple con la responsabilidad de reportar de los profesionales de la salud. Sin embargo, el profesional debe asegurarse que la notificación se hace según lo estipulado en esta Orden Administrativa.

**Cuarto:** En el caso de los laboratorios clínicos (ambulatorios y de hospitales), deberán utilizar la lista de Resultados de Laboratorio de Condiciones de Notificación Obligatoria provistos por el Departamento de Salud (ANEJO II) para reportar un resultado que sugiera o diagnostique una enfermedad o condición de notificación obligatoria. Este resultado puede provenir de un espécimen de origen humano, animal o ambiente.

En caso de que más de un laboratorio clínico esté involucrado en procesar o hacer las pruebas, el laboratorio que origina la muestra tendrá la responsabilidad final de notificar al Departamento de Salud aquellas condiciones de notificación obligatoria de Categoría I. Con el fin de intervenir de manera rápida en el tratamiento de la enfermedad y la evaluación epidemiológica, para las enfermedades de Categoría III o sea de notificación inmediata, el laboratorio que más tempranamente identifique el organismo o agente causante del proceso, sea por cultivo u otras técnicas diagnósticas, tendrá la responsabilidad de

notificar al Departamento de Salud, esto aplica a laboratorios de referencia o el laboratorio que origina la muestra.

El aislado puro o muestra para examen directo de los organismos identificados con un asterisco (\*) en el Anejo II deberán ser enviados dentro de los próximos cinco (5) días de haber sido identificados, al Laboratorio de Salud Pública para realizar pruebas adicionales de subtipificación con propósitos epidemiológicos. Este reporte es en adición a la Hoja de categoría I que deberá ser enviado a la Oficina de Epidemiología.

Los aislados de organismos identificados en el Anejo II deberán ser enviados al Laboratorio de Salud Pública. Se procederá de la siguiente manera:

1. Se enviará un cultivo puro y fresco, en medio y temperatura adecuada al organismo a enviar. Asegurarse de que haya crecimiento.
2. La muestra se acompañará con la hoja de referido "Aislado de Organismo de Notificación Obligatoria al Departamento de Salud" debidamente cumplimentada. (Anejo VII).

En el caso de muestras obtenidas (esputos o biopsias) de pacientes con sospecha de tuberculosis y para la realización del cultivo de la misma, se procederá de la siguiente forma:

1. Es mandatorio que todo laboratorio clínico, ambulatorio o de hospital, envíe una muestra adicional o bien una parte alícuota de la muestra obtenida al Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud, aun cuando la muestra haya sido procesada. El envío de muestras al Laboratorio de Salud Pública debe ser inmediato.
2. El laboratorio clínico de donde se origina la muestra podrá realizar sus propios cultivos si disponen de las instalaciones adecuadas o podrán enviar otra muestra a su laboratorio de referencia habitual. Este laboratorio deberá asegurarse que el laboratorio de referencia envíe la muestra.

Para realizar el reporte de casos positivos a influenza A, B o A & B por parte de un hospital o proveedor en su práctica privada se deberá cumplir con las siguientes especificaciones:

1. Utilizar la Hoja de Categoría I para el reporte de los casos. Completar la misma en su totalidad y adjuntar copia del resultado de laboratorio.
2. En el caso de las Instituciones hospitalarias, deberán reportar a la División de Epidemiología aquellas hospitalizaciones y muertes asociadas a influenza utilizando el "Cuestionario para investigación de hospitalizaciones y/o muertes por influenza" (Anejo VIII) si el caso cumple con los siguientes criterios:

a. Un caso sospechoso:

- ii. será aquel que presente fiebre mayor o igual a 37.8° C y los seca acompañado de uno o más de los siguientes síntomas:

1. dificultad al respirar, diarrea, escalofríos, vómitos o náuseas, dolor de garganta, gotereo o congestión nasal, dolor muscular, dolor de cabeza y fatiga, y/o:

- iii. paciente con una prueba rápida positiva para Influenza A, B o A & B.

b. Un caso *confirmado* será aquel que tenga un resultado positivo a influenza mediante:

1. RT-PCR

c. Una *hospitalización* es definida como una admisión a alguna de las áreas del hospital. Aquel paciente que es admitido y dado de alta del hospital el mismo día se considerará como una hospitalización. Visitas a la sala de emergencia o a una clínica no se considerarán como hospitalizaciones y se reportaran mediante la Hoja de Categoría I.

En el caso de laboratorios clínicos privados que realizan una metodología rápida, deberán utilizar el documento "Informe de resultados de laboratorio de enfermedades de reporte obligatorio" (Anejo IX) para el reporte de los casos positivos a influenza A, B o A & B. Todo laboratorio que realice pruebas rápidas para influenza deberá indicar en el recuadro asignado el total de muestras para influenza analizadas, el total de muestras positivas para influenza A, B o A & B y el total de muestras negativas obtenidas en el periodo que comprende la semana del reporte. Además, de las muestras positivas deberán completar la información solicitada en la tabla de dicho documento.

En el caso de muestras obtenidas de pacientes con sospecha de infección por VIH, siguiendo las recomendaciones de los "Centers for Disease Control and Prevention" (conocido por sus siglas en inglés "CDC") se procederá de la siguiente forma:

1. Se reportará todo resultado de laboratorio para el diagnóstico de VIH de pruebas aprobadas por el FDA que establezca la presencia de VIH (incluyendo serológicas, virológicas, ácido nucleico (RNA/DNA)), o cualquier otro tipo de prueba aprobada por el FDA para establecer la presencia de VIH, ejemplos; EIA, WB, pruebas rápidas, RNA/DNA NAAT y todos los resultados de CD4's. En adición a las pruebas de diagnóstico para VIH los laboratorios clínicos y de hospitales deberán reportar los resultados de carga viral y el conteo de linfocitos CD4+ al Programa de Vigilancia para VIH/SIDA del Departamento de Salud.

2. Los reportes electrónicos de resultados de pruebas de laboratorio conducentes al diagnóstico del VIH, serán realizados de acuerdo al protocolo establecido por el programa de vigilancia VIH/SIDA.

**Quinto:** La información requerida mediante esta Orden Administrativa será detallada en los formularios que habrán de ser provistos por el Departamento de Salud. Los formularios estarán disponibles en las Oficinas Regionales o Centrales de los programas a donde reportar y en la página electrónica del Departamento de Salud ([www.salud.gov.pr](http://www.salud.gov.pr)).


**Sexto:** Los informes que habrán de ser presentados al Departamento de Salud serán estrictamente confidenciales y estarán en cumplimiento con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, P. L. 104-191 aprobada el 21 de agosto de 1996 (en adelante mencionada por sus siglas en inglés HIPAA).

**Séptimo:** Todo proveedor de la salud habrá de suministrar la información protegida de conformidad con las disposiciones de la HIPAA, y requerida mediante esta Orden Administrativa al Departamento de Salud de acuerdo a las disposiciones contenidas en 45 CFR §164.501 et seq. Dichas disposiciones autorizan la divulgación de dicha información a las agencias de salud pública cuando su propósito es un fin público tales como evaluar, monitorear, llevar a cabo investigaciones, mantener registros de data, o para cualquier otro uso regulador y/o fiscalizador.

**Octavo:** El sistema de vigilancia epidemiológica a ser implementado cumple con los atributos y parámetros esbozados por los CDC en el "Updated Guidelines for Evaluating Health Surveillance Systems" MMWR 2001; 50(RR13); 1-35.

Esta Orden Administrativa será efectiva inmediatamente y se mantendrá en vigor mientras no sea revocada por una Orden posterior. Todos los memorandos y Órdenes Administrativas previamente emitidos por cualquier Secretario de Salud en la medida que sus disposiciones sean incompatibles con las disposiciones de esta Orden quedarán derogadas y sin efecto legal alguno.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente Orden Administrativa y hago estampar en ella el sello del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, hoy 3 de junio de 2013, en San Juan, Puerto Rico.

  
FRANCISCO JOGLAR PESQUERA, MD  
SECRETARIO DE SALUD

**ANEJO I**  
**ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES**  
 REVISION: 30 de abril de 2013

Todas las siguientes condiciones son reportables por los directores de laboratorios, médicos y directores de facilidades de cuidado médico o sus designados dentro del periodo requerido

Enfermedades, Patógenos y/o condiciones de salud	Categoría I (5 días)	Categoría II (semanal)	Categoría III (inmediato)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (mensual)	Programa a notificar
Amebiasis ( <i>Entamoeba histolytica</i> )	√				DE
Antrax ( <i>Bacillus anthracis</i> )			√		DE
Brote <sup>1</sup> de cualquier enfermedad			√		DE
Campilobacteriosis	√				DE
Botulismo			√		DE
<i>Chlamydia trachomatis</i>	√				ETS
Ciclosporiasis	√				DE
Ciguatera	√				DE
<i>Clostridium difficile</i>				√	DE
Cólera			√		DE
Conjuntivitis		√			DE
Cualquier enfermedad o condición no usual <sup>2</sup>			√		DE
Creutzfeldt-Jacob (CJD)			√		DE
Criptosporidiasis	√				DE
Dengue <sup>3</sup>	√				DE
Difteria			√		DE
<i>E. coli</i> O157: H7	√				DE
<i>E. coli</i> *Shiga- toxin producing Escherichia coli (incluye muestras positivas a Shiga-like toxin, otras <i>E. coli</i> O157 y <i>E. coli</i> non- O157*)	√				DE
Encefalitis	√				DE
Enfermedad neuroinvasiva por virus del Nilo Occidental (West Nile Virus) <sup>4</sup>			√		DE
<i>Enterococcus</i> spp resistente a Vancomicina <sup>5</sup>				√	DE
Enterobacteriaceae resistentes a carbapenemasa <sup>6</sup>	√				DE
Fiebre amarilla			√		DE
Fiebre tifoidea ( <i>Salmonella typhi</i> , serogrupo D)	√				DE
Gastroenteritis		√			DE
Gonorrea	√				ETS
Giardiasis	√				DE
<i>Haemophilus influenzae</i> , enfermedad invasiva			√		DE
Hepatitis A (aguda)	√				DE
Hepatitis B (aguda)	√				DE
Hepatitis B (perinatal)	√				DE
Hepatitis C (pasada o presente)	√				DE
Hepatitis virales, otras	√				DE
Herpes simplex, genital	√				ETS
Histoplasmosis	√				DE
Hospitalizaciones y/o muertes asociadas a influenza <sup>7</sup>	√				DE
Influenza	√				DE
Influenza A (infección por virus novel) <sup>8</sup>			√		DE

<sup>1</sup> Se considera brote un aumento en el número sobre lo esperado, en un área y periodo de tiempo particular. Esto incluye intoxicaciones alimentarias, brotes en instituciones incluyendo cárceles, hogares de cuidado prolongado, hospitales o cualquier institución y enfermedades poco usuales.

<sup>2</sup> Incluye aquellas condiciones no mencionadas en la lista que sugieren la posibilidad de Bioterrorismo tales como Viruela, Peste Bubónica, Brucelosis, Tularemia, Fiebre Q, Fiebres Virales Hemorrágicas (e.g. Ebola, Marburg), Toxina Ricin, Virus Hanta, Virus Nipah.

<sup>3</sup> Se debe reportar todo caso con diagnóstico clínico y/o confirmado por pruebas de virología o serología (PCR, ELISA-IgM) en laboratorios de referencia privados (de Puerto Rico o EEUU). Adjuntar y enviar el reporte de laboratorio junto a la hoja de Categoría I.

<sup>4</sup> Se debe reportar todo caso del Virus de Nilo Occidental con diagnóstico clínico y/o confirmado por pruebas de virología o serología (PCR, ELISA-IgM), en laboratorios de referencia privados (en Puerto Rico o EEUU). Adjuntar y enviar el reporte de laboratorio junto a la hoja de Categoría III. Al enviar una muestra de un caso sospechoso a través del Sistema de Vigilancia del Virus del Nilo Occidental, debe completar la hoja de reporte de casos sospechosos de Encefalitis/Meningitis Aséptica. Se considera un caso sospechoso a una persona con fiebre y manifestaciones neurológicas graves (encefalitis, meningitis aséptica o parálisis flácida aguda), para los cuales se desconozca la causa de enfermedad.

<sup>5</sup> La resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Enterococcus* spp. se define de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>6</sup> Se debe reportar las siguientes bacterias resistentes a carbapenemasa (CRE, por sus siglas en inglés): *E. coli*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., que sean no-susceptibles (resistente o Intermedio) a los carbapenemasa de acuerdo los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>7</sup> Se debe utilizar el Cuestionario para investigación de hospitalizaciones y/o muertes por Influenza, para el reporte de hospitalizaciones y/o muertes asociadas a influenza.

<sup>8</sup> Infección por un subtipo de virus de influenza A diferente a los subtipos identificados actualmente entre los humanos (H1 y H3).

Enfermedades, Patógenos y/o condiciones de salud	Categoría I (5 días)	Categoría II (semanal)	Categoría III (inmediato)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (mensual)	Programa a notificar
Intoxicación alimentaria <sup>9</sup>			√		DE
Legionelosis	√				DE
Leptospirosis	√				DE
Lepra	√				DE
Listeriosis	√				DE
Malaria			√		DE
Meningitis aséptica	√				DE
Meningitis bacteriana	√				DE
Meningitis otros <sup>10</sup>	√				DE
Mordedura de animal			√		DE/Salud Ambiental
<i>Neisseria meningitidis</i> (meningococo)			√		DE
Papera	√				DE
Peste bubónica			√		DE
Poliomielitis			√		DE
Rabia, animal			√		Salud Ambiental
Rabia, humana			√		DE
Salmonelosis	√				DE
Sarampión alemán	√				DE
Sarampión común			√		DE
Shigelosis	√				DE
Sífilis	√				ETS
Síndromes gripales <sup>11</sup>		√			DE
Síndrome Agudo Respiratorio (SARS)			√		DE
<i>Staphylococcus aureus</i> con resistencia intermedia a Vancomicina <sup>12</sup>				√	DE
<i>Staphylococcus aureus</i> con resistencia a Vancomicina <sup>13</sup>				√	DE
<i>Staphylococcus aureus</i> con resistencia a Meticilina u Oxacilina <sup>14</sup>				√	DE
<i>Streptococcus pneumoniae</i> Infección invasiva,	√				DE
<i>Streptococcus pneumoniae</i> resistente a penicilina <sup>15</sup>				√	DE
Tétano			√		DE
Tos ferina (Pertussis)			√		DE
Tuberculosis (enfermedad solamente, no incluye infección latente)			√		Programa Tuberculosis
Tuberculosis latente (adultos y niños) <sup>16</sup>	√				Programa Tuberculosis
Varicela	√				DE
Varicela en trabajadores de la salud	√				DE
VIH, adultos	√				Vigilancia VIH/SIDA
VIH, pediátrico (<13 años)	√				Vigilancia VIH/SIDA
VIH/SIDA	√				Vigilancia VIH/SIDA
Vibriosis (otras diferentes a <i>V. cólera</i> spp.)	√				DE
Virus del papiloma humano		√			ETS
Virus sincitial respiratorio	√				DE
Yersiniosis	√				DE

<sup>9</sup> Dos o más personas que han compartido una comida y desarrollan enfermedad aguda que pueda presentar con náusea, vómitos, diarrea, síntomas neurológicos y otras manifestaciones.

<sup>10</sup> Incluye meningitis causada por hongos, parásitos o cualquier otro organismo identificado.

<sup>11</sup> Incluye casos con síntomas de fiebre (≥37.8°C o su equivalente) y tos y/o dolor de garganta [en ausencia de causa conocida que no sea influenza].

<sup>12</sup> La disminución en la sensibilidad al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>13</sup> La Resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>14</sup> La Resistencia a los antibióticos Meticilina/Oxacilina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>15</sup> La resistencia al antibiótico Penicilina para la bacteria *Streptococcus pneumoniae* se define de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>16</sup> Incluye toda persona reactor positivo a la prueba de la tuberculina.

**LEYENDA:**

- Categoría I:** Completar el informe individual de casos especificando la enfermedad y enviarlo al programa correspondiente en un periodo no mayor de cinco (5) días. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.
- Categoría II:** Cada caso de estas enfermedades deberá anotarse en el informe de Categoría II por edad y municipio y enviar semanalmente a la División de Epidemiología del Departamento de Salud. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.
- Categoría III:** Notificar inmediatamente por teléfono o por la vía más rápida a la División de Epidemiología o el programa pertinente del Departamento de Salud para su investigación. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.
- Informe de Microorganismos Multiresistentes:** Completar el informe mensual de casos utilizando la hoja para microorganismos multiresistentes. Este informe debe ser enviado a la División de Epidemiología dentro de los primeros (5) días del próximo mes. Esta hoja no sustituye el reporte de enfermedad mediante la Hoja Individual de Caso para la vigilancia de Infecciones Adquiridas en el Hospital, según establecido en la ley 62 del año 2007 y en el reglamento 130 del año 2008.
- DE:** División de Epidemiología-Para más información sobre reporte a la División de Epidemiología favor comunicarse al 787-765-2929 ext. 3552, 3557, a las oficinas regionales o por fax al 787-751-6937.
- ETS:** Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual-Para más información sobre reporte de ETS favor comunicarse al 787-274-3370/3371 o por fax al 787-274-5510.
- TB:** Programa de Prevención de Tuberculosis- Para más información sobre reporte de Tuberculosis o Tuberculosis latente, favor de comunicarse al 787-765-2929 ext. 3861 ó por fax al 787-274-5554.
- HAFI:** Programa de Higienización del Ambiente Físico Inmediato. Para más información sobre reporte a HAFI favor de comunicarse a 787-782-8644,787783-3390 o por fax al 787-774-0910
- Vigilancia VIH/SIDA:** Para más información sobre el reporte favor comunicarse al 787-763-0265/0240 ó por fax al 787-763-0399.
- Salud Ambiental:** Programa de Salud Ambiental- Para más información sobre el reporte a Salud Ambiental favor comunicarse al 787-274-7801,787-274-7798, a las oficinas regionales de Salud Ambiental o por fax al 787- 274-6829.
- Laboratorio de Salud Pública:** Para el envío de los aislados debe comunicarse al 787-765-2929 ext. 3745, 3726, 3734, 3765 o por fax al 787-274-7751.



**ANEJO II**  
**RESULTADOS DE LABORATORIO DE CONDICIONES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA AL DEPARTAMENTO DE SALUD**

Todos los laboratorios clínicos, de hospitales y de referencia de Puerto Rico deberán reportar a la División de Epidemiología del Departamento de Salud los siguientes resultados (preliminar o confirmado) en la hoja de reporte para laboratorios dentro del período correspondiente. La identificación de organismos relacionados a enfermedades de Categoría III debe ser notificada INMEDIATAMENTE a la División de Epidemiología del Departamento de Salud o al programa correspondiente según estipulado en esta orden por teléfono o por la vía más rápida y se debe enviar el Informe de Categoría III en un período no mayor de 24 horas. Para reportar la identificación de organismos relacionados a enfermedades de Categoría I deberá completarse y enviarse a la División de Epidemiología del Departamento de Salud el reporte escrito de Categoría I por la vía más rápida en un período no mayor de cinco (5) días. Los aislados o muestras para examen directo de los organismos identificados con un asterisco deberán ser enviados al Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud.

**CULTIVOS POSITIVOS PARA BACTERIAS O EXAMEN DIRECTO DE:**

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I (5 días)	CATEGORIA III (Inmediato)
Cualquier bacteria en CSF	Meningitis Bacterial		√
<i>Bacillus anthracis</i> *	Antrax		√
<i>Bordetella pertussis</i>	Tos ferina (Pertusis)		√
<i>Campylobacter spp</i> *	Campilobacteriosis	√	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamidia infección	√	
<i>Clostridium botulinum</i> *	Botulismo		√
<i>Clostridium tetani</i>	Tétano		√
<i>Corynebacterium diphtheriae</i> *	Difteria		√
<i>Escherichia coli</i> O157:H7 *	E.coli o157:H7 infección	√	
<i>E. coli</i> Shiga-toxin producing <i>Escherichia coli</i> incluye muestras positivas a Shiga-like toxin, otras <i>E. coli</i> O157 y <i>E. coli</i> non-O157*	Shiga toxin positive, serogroup non-O157	√	
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (excepto de garganta o esputo)	H. Influenza tipo B, (enfermedad invasiva)		√
<i>Legionella spp.</i>	Legionelosis	√	
<i>Lestospira spp</i> *	Leptospirosis	√	
<i>Listeria monocytogenes</i> *	Listeriosis	√	
<i>Mycobacterium leprae</i>	Leprosia	√	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> *	Tuberculosis	√	
<i>Neisseria gonorrhoea</i>	Gonorrea	√	
<i>Neisseria meningitidis</i> * (excepto de garganta o esputo)	Meningococo (Invasivo)		√
<i>Salmonella spp.</i> , no <i>S. typhi</i> *	Salmonelosis	√	
<i>Salmonella typhi</i> *	Fiebre tifoidea	√	
<i>Shigella spp</i> *	Shigelosis	√	
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (excepto de garganta o esputo)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (infección invasiva)	√	
<i>Treponema pallidum</i>	Sifilis	√	
<i>Yersenia pestis</i> *	Peste Bubónica		√
<i>Vibrio cholerae</i> *	Cólera		√

\* El aislado de organismo debe ser entregado en el Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud (tel. 787-765-2929 ext. 3745, 3726, 3734 y 3765, fax 787-274-7751). Dirección: Calle Peñafiel Edificio A 2do Piso. Antiguo Hospital de Psiquiatría, Bo. Monacillos, Río Piedras, PR 00936.

**CULTIVOS POSITIVOS PARA VIRUS, DETECCION DE ANTIGENO O EXAMEN DIRECTO DE:**

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I	CATEGORIA III
Cualquier virus en CSF	Meningitis viral o encefalitis	√	
Dengue virus 1, 2, 3, 4	Dengue o dengue hemorrágico	√	
West Nile Virus	Virus del Nilo Occidental		√
Herpes simplex (genital)	Herpes simplex, genital	√	
HIV infección <sup>17</sup> 1) Conteo de linfocitos CD4 + T4 2) Resultados de pruebas diagnósticas 3) Resultados de pruebas de detección carga viral	VIIH Infección	√	
Influenza A, B	Influenza	√	
Influenza A (infección por virus novel) <sup>18</sup>	Influenza A, virus novel		√
Mumps virus	Paperas	√	
Polio virus 1, 2, 3	Poliomielitis		√
Yellow fever virus	Fiebre amarilla		√

<sup>17</sup> Para el reporte de resultados relacionados a infección por VIH contactar al Programa de Vigilancia VIH/SIDA al 787-763-0265/0240

<sup>18</sup> Infección por un subtipo de virus de Influenza A diferente a los subtipos identificados actualmente entre los humanos (H1 y H3)

**CULTIVOS POSITIVOS PARA HONGOS O EXAMEN DIRECTO DE:**

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I	CATEGORIA III
Cualquier hongo en CSF	Meningitis por hongo	√	
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Histoplasmosis	√	

**MUESTRAS POSITIVAS PARA PARASITOS O EXAMEN DIRECTO DE:**

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I	CATEGORIA III
<i>Cyclospora cayatanensis</i> *	Ciclosporiasis	√	
<i>Cryptosporidium spp</i> *	Criptosporidiasis	√	
Cualquier parásito en CSF	Meningitis por parásito	√	
<i>Giardia lamblia</i> *	Giardiasis	√	
<i>Plasmodium spp</i> *	Malaria	√	
<i>Entamoeba histolytica</i>	Amebiasis	√	

**PRUEBAS SEROLOGICAS POSITIVAS PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES**

ENFERMEDAD NOTIFICABLE (RESULTADO DE LABORATORIO)	CATEGORIA I (5 días)	CATEGORIA III (Inmediato)
Amebiasis	√	
Cólera		√
Dengue	√	
Fiebre amarilla		√
Hepatitis A (IgM anti HAV)	√	
Hepatitis B (IgM anti Hbc, HepBsAg, Anti-Hbs)	√	
Hepatitis C (Anti HCV)	√	
Hepatitis Virales (otras)	√	
HIV, infección (en adición a resultados de serología debe enviarse viral load y CD4)	√	
Influenza	√	
Legionelosis	√	
Leptospirosis	√	
Paperas	√	
Sífilis	√	
Sarampión alemán	√	
Sarampión común		√
Virus del Nilo Occidental		√

**PRUEBAS POSITIVAS DE PATOLOGIA PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES**

ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I (5 días)	CATEGORIA III (Inmediato)
Lepra	√	
Tuberculosis		√
Creutzfeldt-Jakob disease		√
Rabia animal		√
Rabia humana		√

**PRUEBAS POSITIVAS DE RESISTENCIA A MICROORGANISMOS**

ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I (5 días)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (Mensual)
<i>Staphylococcus aureus</i> con sensibilidad disminuida a Vancomicina <sup>19</sup>		√
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a metilicina o oxilicina <sup>20</sup>		√
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a Vancomicina <sup>21</sup>		√
<i>Streptococcus pneumoniae</i> resistente a Penicilina <sup>22</sup>		√
<i>Enterobacteriaceae</i> resistentes a carbapenemasa <sup>23</sup>	√	
<i>Enterococcus spp.</i> resistente a Vancomicina <sup>24</sup>		√

<sup>19</sup> La disminución en la sensibilidad al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>20</sup> La resistencia a los antibióticos Metilicina/Oxilicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>21</sup> La resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>22</sup> La resistencia al antibiótico Penicilina para la bacteria *Streptococcus pneumoniae* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>23</sup> Se debe reportar las siguientes enterobacterias resistentes a carbapenemasa (CRE, por sus siglas en inglés): *E. coli*, *Enterobacteriaceae*, *Klebsiella spp.*, que sean no-susceptibles (resistente o intermedio) a las carbapenemasa de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

<sup>24</sup> La resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Enterococcus spp.* se define de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

**ANEJO III**  
**REPORTE DE OBLIGATORIO DE CONDICIONES NO INFECCIOSAS AL DEPARTAMENTO DE**  
**SALUD**  
**REVISION: 30 DE ABRIL DE 2013**

En adición al reporte de condiciones infecciosas, el Departamento de Salud también requiere el reporte de otras condiciones no-infecciosas:

**CANCERES**

- Todos las facilidades, laboratorios, médicos, dentistas, casa de convalecencia, y otra institución o entidad similar que tenga a su cargo o bajo su custodia un caso de cáncer de cualquier tipo, carcinoma, linfoma, sarcoma, leucemia o tumor maligno o benigno del sistema nervioso central deberá reportarlo al Registro de Cáncer de Puerto Rico dentro de los 180 días de haber tenido contacto por primera vez con el paciente para la condición o enfermedad reportable. En caso de que el informe sea de un laboratorio, este te deberá reportarlo en o antes de treinta 30 días de haber realizado exámenes médicos y emitido un informe. Solamente se excluyen los casos de carcinoma de piel de tipo escamoso o basal, y los casos de carcinoma in situ de cuello uterino.
- Dichos informes se harán en el formulario especialmente provisto por el Departamento de Salud y contendrán aquella información que el Registro considere necesaria para el estudio de la epidemiología del cáncer, disponiéndose que estos informes tendrán carácter estrictamente confidencial. El formulario es electrónico y éste, así como el entrenamiento para su uso, se obtienen mediante comunicación con el Registro Central de Cáncer al teléfono (787) 772-8300 ext. 1100 ó 1110.

**ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

- Todo médico que practique su profesión en Puerto Rico y que diagnostique o tenga conocimiento de algún caso de Alzheimer deberá así informarlo por escrito al Registro de Alzheimer adscrito al Departamento de Salud, en los formularios provistos para esos fines dentro de los treinta (30) días laborables a partir de la fecha en que tuvo conocimiento del caso. De igual forma a las facilidades hospitalarias, se les requiere la notificación de casos de Alzheimer.
- Los informes se realizaran a través del coordinador del Centro y Registro de Alzheimer. Para mayor información relacionada con estas disposiciones legales puede comunicarse al (787) 765-2929 ext. 4430.

**DEFECTOS CONGENITOS**

- Toda facilidad de servicio de salud ó diagnóstico, estará obligada a notificar al Departamento, dentro de un término de 15 días calendario, cada ocurrencia de un defecto congénito así diagnosticado o con sospecha de diagnóstico, en cualquier mujer embarazada, no importa el desenlace, o en un niño de seis años de edad o menos. Para notificar un caso puede enviarlo mediante fax al (787)764-4259. Si desea mayor información puede comunicarse al (787) 765-2929 ext. 4573, 4571 ó al (787) 751-3654.

ANEJO IV



Oficina de Epidemiología e Investigación

**INFORME CONFIDENCIAL ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

DS-2  
01/03

**CATEGORIA I: INFORME INDIVIDUAL DE CASOS**

NOMBRE DEL PACIENTE				
FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	TELEFONO
DIRECCION FISICA				
NOMBRE DE LOS PADRES				
OCUPACION Y LUGAR DE TRABAJO O ESCUELA				
ENFERMEDAD			FECHA COMIENZO DE SINTOMAS	
RESULTADOS DE LABORATORIO (CULTIVO, SEROLOGIA, ETC.)			HOSPITAL	
FECHA DE ADMISION			FECHA DE ALTA	

\_\_\_\_\_  
INFORMANTE

\_\_\_\_\_  
POSICION

\_\_\_\_\_  
TELEFONO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE FACILIDAD Y DIRECCION FISICA

\_\_\_\_\_  
FECHA DE INFORME

LA LEY 81 DEL 14 DE MAYO DE 1912, ENMENDADA EL 7 DE MAYO DE 1935, REGLAMENTA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SU PROPAGACION. LA SECCION 350-1504 DE DICHA LEY ESTABLECE EL MODO DE HACER LA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES AL DEPARTAMENTO DE SALUD. LA MISMA INDICA QUE DEBERA REALIZARSE EN LOS CASOS DE MAYOR VIRULENCIA, PERSONALMENTE, POR TELEFONO, CON CARGOS AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ADEMÁS POR ESCRITO; SIEMPRE UTILIZANDO LAS HOJAS SUMINISTRADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD. EN DICHA COMUNICACION SE HARA CONSTAR LOS SIGUIENTES DATOS: ENFERMEDAD, NOMBRE DEL PACIENTE, DIRECCION RESIDENCIAL, NUMERO DE TELEFONO, SEXO, EDAD, FECHA DE NOTIFICACION, PERSONA QUE NOTIFICA, DIRECCION Y NUMERO TELEFONICO DE ESTA ULTIMA.

Enviar al Programa de Epidemiología del Departamento de Salud

Aguadilla 787-997-0155, Fax 787-891-2045  
Arecibo 787-879-3246, Fax 787-817-1134  
Bayamón 787-780-7973, Fax 787-995-0123  
Caguas 787-286-0880, Fax 787-286-0780  
División Central 787-765-2929, ext. 3552  
Fax 787-751-6937

Fajardo 787-801-5922, Fax 787-801-6767  
Mayagüez 787-831-0262, Fax 787-834-0095  
Metro 787-751-8381, Fax 787-281-6144  
Ponce 787-841-5058, Fax 787-813-1712

ANEJO V



Oficina de Epidemiología e Investigación

CATEGORIA II: INFORME POR NÚMERO DE CASOS Y EDAD, POR SEMANA

DS-2

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

SEMANA QUE TERMINA EN:

SÁBADO \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_

GRUPO DE EDAD	CONJUNTIVITIS	GASTROENTERITIS	SÍNDROMES GRIPALES
MENOR DE 1 AÑO			
1-4 AÑOS			
5-9 AÑOS			
10-19 AÑOS			
20-24 AÑOS			
25-49 AÑOS			
50-64 AÑOS			
65 AÑOS O MÁS			
TOTAL			

PROVEEDOR DE INFORMACIÓN

POSICIÓN

TELÉFONO

NOMBRE DE LA FACILIDAD Y DIRECCIÓN

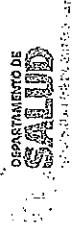
FECHA DE INFORME

Enviar al Programa de Epidemiología del Departamento de Salud

Aguadilla 787-997-0155, Fax 787-891-2045  
Arecibo 787-879-3246, Fax 787-817-1134  
Bayamón 787-780-7973, Fax 787-995-0123  
Caguas 787-286-0880, Fax 787-286-0780  
División Central 787-765-2929, ext. 3552  
Fax 787-751-6937

Fajardo 787-801-5922, Fax 787-801-6767  
Mayagüez 787-831-0262, Fax 787-834-0095  
Metro 787-751-8381, Fax 787-281-6144  
Ponce 787-841-5058, Fax 787-813-1712

ANEJO VI



DEPARTAMENTO DE SALUD  
 OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN  
 INFORME MENSUAL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Facilidad \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_

Instrucciones: Se debe enviar el informe mensualmente, dentro de los primeros 5 días del próximo mes. El reporte puede ser enviado mediante fax, correo postal o correo electrónico. En esta tabla indique el número de microorganismos aislados que pertenecen a comunidad y los casos de infección adquirida en el hospital (IAH) por cada grupo de edad. Esta hoja sustituye los reportes de comunidad enviados mediante la hoja de Categoría I así como la hoja trimestral para el Reporte de Microorganismos Multirresistentes para las siguientes enfermedades de notificación obligatoria: *Staphylococcus aureus* resistente a penicilina (MRSA), *Staphylococcus aureus* resistente a vancomicina (VISA), *Enterococcus* resistente a vancomicina (VRE), *Streptococcus pneumoniae* resistente a penicilina, y *Clostridium difficile*.

Edad	VISA		VRE		MRSA		IAH		Comunidad		IAH		Comunidad		IAH		
	Comunidad	IAH	Comunidad	IAH	Comunidad	IAH	Comunidad	IAH	Comunidad	IAH	Comunidad	IAH	Comunidad	IAH	Comunidad	IAH	
< 1 año																	
1 - 4																	
5 - 9																	
10 - 19																	
20 - 34																	
35 - 54																	
55 - 64																	
≥ 65																	
Total																	

Reportado Por: \_\_\_\_\_

Esta hoja sustituye los informes individuales de casos con infección adquirida en la comunidad. Si el caso es de infección adquirida en el hospital (IAH) se debe continuar reportando mediante la Hoja Individual de Caso para la Vigilancia de Infecciones Adquiridas en Hospitales.  
 Oficina de Epidemiología e Investigación Dirección Postal: Po Box 70134 San Juan PR 00936-8134 Fax: 787-751-6937; correo electrónico: [dcordero@salud.gov.pr](mailto:dcordero@salud.gov.pr)

ANEJO VII



AISLADO DE ORGANISMO DE CONDICIONE DE NOTIFICACION OBLIGATORIA AL  
 DEPARTAMENTO DE SALUD

Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico  
Departamento de Salud  
PO Box 70184 San Juan PR 00936  
Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3745 ■ Facsímile: (787) 274-7751

Fecha de envío: \_\_\_\_\_ Nombre de Persona que Refiere: \_\_\_\_\_

Nombre de Institución: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Num. ID muestra: \_\_\_\_\_

(Lab. de Referencia indicar laboratorio que originó la muestra): \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_ Muestra Original (orina, excreta, etc.) \_\_\_\_\_

Fecha de Toma de Muestra: \_\_\_\_\_ Fecha de Aislado Organismo: \_\_\_\_\_

Organismo Aislado (cultivo puro): \_\_\_\_\_ subespecie/ subgrupo \_\_\_\_\_

Medio en que se envía la muestra: \_\_\_\_\_ Condición Especial (si aplica) \_\_\_\_\_

RESULTADOS DE LABORATORIO PREVIOS

Reacciones Bioquímicas (Puede incluir copia de la hoja de reacciones manual o impresa por equipo):

TSI \_\_\_\_\_ IMVIC \_\_\_\_\_  
LIA \_\_\_\_\_ Atmósfera especial requerida \_\_\_\_\_  
Urea \_\_\_\_\_ Especifique Otras: \_\_\_\_\_

Método de Identificación:

API \_\_\_\_\_ Automatizado (especifique) \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA RELEVANTE: Caso relacionado a:

\_\_\_ Brote Epidemiológico \_\_\_ Intoxicación por Alimentos \_\_\_ Exposición en Viaje \_\_\_ Contacto con animales

\_\_\_ Otro(especifique) \_\_\_\_\_

**ANEJO VIII**

**DEPARTAMENTO DE SALUD  
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN  
CUESTIONARIO PARA INVESTIGACION HOSPITALIZACIONES  
Y/O MUERTES POR INFLUENZA**



Utilice este cuestionario para reportar casos confirmados o sospechosos de hospitalizaciones o muertes por influenza. Un caso sospechoso será aquel que presente fiebre mayor o igual a 37.8° C y tos seca acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: dificultad al respirar, diarrea, escalofríos, vómitos o náuseas, dolor de garganta, gotereo o congestión nasal, dolor muscular, dolor de cabeza y fatiga. Se considerará un caso confirmado de influenza aquel que tenga un resultado positivo en una prueba rápida de influenza o mediante RT-PCR.

Número de Expediente: \_\_\_\_\_

<b>I. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR</b>	
Hospital: _____	Fecha de reporte ____/____/____ mes/día/año
Nombre de la persona que reporta: _____	
<b>II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA</b>	
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____	
Fecha de nacimiento: ____/____/____ mes/día/año	Edad: _____ en años/meses/semanas
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Embarazada, especifique semana gestación	
Dirección: Urb. O Barrio _____	
Calle: _____	Número: _____
Pueblo: _____	Zip-Code: _____
Tel casa: (____) _____	
<b>III. INFORMACIÓN ADMISIÓN</b>	
Fecha de comienzo de síntomas: ____/____/____ mes/día/año	
Fecha de Admisión: ____/____/____ mes/día/año	Dx. Admisión: _____ Fecha de Alta: ____/____/____ mes/día/año
¿El paciente fue trasladado de otro hospital? <input type="checkbox"/> Sí, nombre facilidad: _____ <input type="checkbox"/> No	
Fecha admisión: ____/____/____ Fecha traslado: ____/____/____ mes/día/año mes/día/año	
<b>Manifestación de síntomas:</b>	
Fiebre (≥ 38° C ó 100°F):	Sí No
Temperatura _____	
Dolor de garganta	Sí No Escalofríos Sí No Dolor muscular Sí No
Diarrea	Sí No Tos seca Sí No Dolor de cabeza Sí No Mareos Sí No
Erupción (Rash)	Sí No Fatiga Sí No Dificultad al respirar Sí No Taquipnea Sí No
Rales	Sí No Vómitos o Náuseas Sí No
Otros: _____	
<b>IV. RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POSITIVAS A INFLUENZA</b>	
¿Se le realizó una prueba rápida de influenza? No Sí, fecha: ____/____/____ ¿Enviada al Lab. (LSPPR)?	
Coloque ID muestra _____	mes/día/año ¿Prueba realizada en la institución hospitalaria?
Especifique el resultado: <input type="checkbox"/> + Influenza A <input type="checkbox"/> + Influenza B Negativo <input type="checkbox"/> Rechazada	
<b>EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS</b>	
<b>V. HISTORIAL ADMISIÓN E HISTORIAL FÍSICO</b>	
Peso (en libras): _____ Estatura: _____ (pies/pulgadas) BMI: _____	
¿Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones?	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fibrosis cística
<input type="checkbox"/> Condición sistema inmune (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Alguna enfermedad crónica pulmonar (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Síndrome Guillain-Barre
<input type="checkbox"/> Enf. Cardiovascular crónica (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Historial de cáncer
<input type="checkbox"/> Enf. Metabólica Crónica (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Desorden neuromuscular
<input type="checkbox"/> Enf. Neurológica (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Enf. Renal (especifique) _____
<input type="checkbox"/> Alguna otra enfermedad crónica (especifique) _____	
<b>VI. PRUEBAS, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DURANTE LA ESTADÍA EN EL HOSPITAL</b>	
Prueba de rayos X/CT <input type="checkbox"/> Sí, fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> No De contestar Sí, ¿hubo un nuevo infiltrado o consolidación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
mes/día/año	
Ventilación mecánica <input type="checkbox"/> Sí, fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> No CPAP <input type="checkbox"/> Sí, fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	
mes/día/año mes/día/año	



ANEJO VIII

DEPARTAMENTO DE SALUD  
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN  
CUESTIONARIO PARA INVESTIGACION HOSPITALIZACIONES  
Y/O MUERTES POR INFLUENZA



<p><b>VII. CONFIRMACIÓN MEDIANTE CULTIVO DE PATOGENOS SECUNDARIOS BACTERIANOS</b></p> <p>1. ¿Hubo confirmación mediante cultivo de una infección bacterial invasiva (sitio estéril)? <input type="checkbox"/> Sí, fecha de primer cultivo positivo: ___/___/___ <input type="checkbox"/> No mes/día/año</p>
<p><b>VIII. TRATAMIENTO PARA INFLUENZA</b></p> <p>1. ¿Recibió el paciente tratamiento con antivirales en algún momento durante el curso de la enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>De contestar sí, indique fecha de comienzo ___/___/___ mes/día/año</p> <p>¿Cuál fue el medicamento antiviral utilizado?</p> <p><input type="checkbox"/> Amantadina <input type="checkbox"/> Rimantadina <input type="checkbox"/> Zanamivir <input type="checkbox"/> Oseltamivir <input type="checkbox"/> No se conoce</p> <p>Para el antiviral seleccionado, informe dosis administrada (mg) y duración (días de tratamiento): _____ mg _____ días</p>
<p><b>IX. INFORMACIÓN DEL PROCESO DE ALTA</b></p> <p>¿Fue el paciente admitido a área de Cuidado Intensivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>El paciente está: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto, si falleció especifique la fecha de defunción: ___/___/___ mes/día/año</p> <p>Causa de muerte: _____</p> <p>Autopsia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resultado de autopsia (si disponible): _____</p>
<p><b>X. HISTORIAL DE VACUNACIÓN INFLUENZA</b></p> <p>¿Recibió el paciente la vacuna contra influenza en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce</p> <p>De contestar sí, especifique el tipo de vacuna:</p> <p><input type="checkbox"/> Vacuna influenza de temporada Fecha ___/___/___ (mes/día/año)</p> <p><input type="checkbox"/> Vacuna influenza novel A H1N1 2009 Fecha ___/___/___ (mes/día/año)</p> <p><input type="checkbox"/> Se desconoce</p>

ANEJO IX  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACION  
INFORME DE RESULTADOS DE LABORATORIO  
ENFERMEDADES DE REPORTE OBLIGATORIO

Departamento de Salud  
División de Epidemiología  
P. O. BOX 79184, San Juan, Puerto Rico 00936-8184  
Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3552 Fax (787) 751-6937

Aguadilla 787-997-0155, Fax 787-891-2045  
Fajardo 787-801-5922, Fax 787-801-6707  
Arecibo 787-879-3246, Fax 787-817-1134  
Mayagüez 787-831-0262, Fax 787-934-0095  
Bayamón 787-780-7973, Fax 787-995-0123  
Metro 787-751-8381, Fax 787-231-6144  
Caguas 787-286-0880, Fax 787-236-0780  
Ponce 787-841-5058, Fax 787-813-1712

Positivos A	Pruebas Influenza		Total muestras procesadas
	Positivos B A & B	Negativas	

R	NR	VDRL/RPR (Circule el que corresponde)		NEISSERIA GONORRHOEAE		CLAMIDIA		OTROS											
		POS	NEG	TOTAL	POS	NEG	TOTAL	POS	NEG	TOTAL									

SEMANA DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

**REPORTE CONFIDENCIAL DE LABORATORIO**  
Toda persona a cargo de un laboratorio en el cual procesen pruebas para el diagnóstico o confirmación de enfermedades deberá informar dentro del periodo requerido por ley todos los resultados positivos o reactivos de las enfermedades incluidas en la Orden Administrativa de Enfermedades de Notificación Obligatoria vigente. Las enfermedades de categoría I deberán ser reportadas dentro de los cinco (5) días siguientes de ocurrencia de la prueba. Las enfermedades de Categoría II deberán ser notificadas INMEDIATAMENTE por teléfono o mediante la vía más rápida. Dicho informe se hará en formularios provistos por el Departamento y entenderá aquella información que el Departamento considere necesaria para el estudio de la epidemiología de dichas enfermedades. La información mínima debe incluir lo siguiente: nombre del paciente, fecha de nacimiento, edad, sexo, dirección residencial, lugar donde fue atendido el paciente, teléfono del médico que recomendó la prueba y cualquier otra información que el Departamento así solicite.

**CERTIFICACION DEL REPORTE**  
Certifico que durante la semana señalada se obtuvieron los siguientes resultados. Adjunto copia de todos los resultados positivos y señalo además que he revisado los mismos y confirmo que contienen la información requerida por el Departamento de Salud, en forma clara y legible.

NOMBRE DEL LABORATORIO O INSTITUCIÓN Y # DE LICENCIA \_\_\_\_\_ DIRECTOR DEL LABORATORIO Y # DE LICENCIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL TECNÓLOGO MEDICO Y # DE LICENCIA \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_



**ANEJO X**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO**  
**LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA**  
PO Box 70184, San Juan, P. R. 00936



**Protocolo para el envío de muestras positivas para Influenza A**

La Orden Administrativa 259, de 4 de mayo de 2009, creada para enmendar la Orden Administrativa 217, de 1 marzo de 2007, establece que los laboratorios clínicos que analicen muestras para la detección de Influenza A y obtengan resultados positivos para la misma, serán responsables de enviar una muestra o una alícuota de dichas muestras positivas al Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico (LSPPR) del Departamento de Salud, en el nivel central. (Véase copia de la Orden Administrativa 259 en la página electrónica del Departamento de Salud – <http://www.salud.gov.pr>.)

El propósito del envío de estas muestras es realizar pruebas más específicas que permitan la confirmación de las pruebas de cernimiento iniciales, en el caso de ser necesario.

**Dirección física y horario establecido para el recibo de muestras**

El LSPPR está localizado en el segundo piso del Edificio A del Departamento de Salud, en la Calle Periferal del Barrio Monacillos en Río Piedras. El horario regular del LSPPR es de 7:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes.

**Criterios clínicos de los casos de las muestras a ser referidas**

Las muestras a ser referidas serán de los pacientes que presenten los siguientes:

- Fiebre igual o mayor a 38.0 °C (100 °F)
- Síntomas relacionados a enfermedad respiratoria aguda febril (tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolor muscular y en articulaciones, fatiga, escalofríos, etc.)
- Otros síntomas: Mareos, diarrea y/o vómitos
- Prueba de detección de Influenza A con resultado positivo

**Hisopos y muestras aceptables**

**Importante:** Es esencial que antes de enviar la muestra de referido al LSPPR, corrobore que el estuche (“kit”) de la prueba de cernimiento que está usando para la detección de Influenza A en su laboratorio es compatible con el procedimiento de confirmación que utiliza el LSPPR (“iRT-PCR, CDC Protocol”). Si tiene duda, favor de llamar al 787-765-2929 X 3765 (Virología); 3726 o 3728 (Administración).

**Nota importante de bioseguridad:** Recuerde utilizar un gabinete de bioseguridad (“biosafety cabinet”) para realizar las pruebas de cernimiento para la detección de Influenza A, según recomendado en las guías del Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (“CDC Website” - <http://www.cdc.gov>).

El hisopo (“swab”) a utilizarse en la toma de muestra deberá cumplir con los criterios siguientes:

- Deberán utilizarse solamente hisopos con punta de material sintético, tal como Nylon®, Dacron® o poliéster, en una base plástica o de aluminio.

- No se aceptarán muestras tomadas en hisopos de alginato de calcio o hisopos con punta de algodón en base de madera.

**Nota:** Para tomar la muestra utilice preferiblemente, un sistema que tenga integrado dos hisopos, tal que facilite el referido de la muestra confirmatoria al LSPPR, de ser necesario.

Deberá enviarse al LSPPR uno de los dos hisopos orofaríngeos o nasofaríngeos tomados al paciente siguiendo una de las instrucciones siguientes:

- El hisopo a enviarse puede colocarse en envase pequeño ("vial") con 3 ml de medio de transporte viral estéril ("Liquid Viral Transport Media" o VTM), que contenga estabilizadores de proteína, solución amortiguadora y sustancias que eviten el crecimiento de hongos y bacterias. Puede utilizarse tanto el medio de transporte que se usa para virus, como el que se usa para el transporte de clamidia o micoplasma; o puede utilizar los medios M4RT o M6RT. La muestra enviada de esta forma, constituirá una alícuota.
- De no haber otra alternativa disponible, se puede enviar cuanto antes al LSPPR, el hisopo sin medio de transporte viral líquido.

**Nota:** No se puede enviar el mismo hisopo que se utilizó para realizar la prueba de crecimiento, ni el tubo con la solución donde ocurre la reacción en dicha prueba. Sólo se enviará el hisopo que queda disponible si el sistema de toma de muestras tiene dos hisopos integrados. Si el sistema de toma de muestras es de un hisopo individual, deberá tomar dos muestras al momento de la toma de muestras inicial (una para la prueba de crecimiento y la otra de reserva para enviar al LSPPR, si la prueba da resultado positivo a Influenza A).

**Nota:** En el caso del referido de muestras diferentes a hisopos orofaríngeos o nasofaríngeos, tales como lavados bronquiales o bronquioalveolares ("bronchial lavages or bronchioalveolar lavages") o aspirados traqueales ("tracheal aspirates"), favor de comunicarse con el LSPPR antes de enviarlos, ya que este tipo de muestras no necesariamente se pueden confirmar de forma definitiva para Influenza A H1N1 Pandémica del 2009, mediante la metodología utilizada en el Laboratorio ("CDC Influenza 2009 A H1N1 pdm Real Time RT-PCR Panel"). No se aceptan muestras de esputo.

#### Transporte y almacenaje de las muestras

Todas las muestras deben llegar refrigeradas al LSPPR, antes de las 72 horas de haber sido tomadas. Para ésto se deberá cumplir con las instrucciones siguientes:

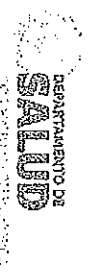
- Las muestras deberán estar debidamente rotuladas y colocadas en bolsas plásticas con cierre hermético ("zip-lock") con símbolo de biorriesgo ("biohazard"). Asegúrese de que cada muestra esté bien cerrada para evitar derrames que impidan su procesamiento.
- La documentación original requerida, deberá colocarse en el bolsillo externo de la bolsa de biorriesgo que contiene la muestra. El documento a ser enviado con la muestra es la Hoja de

Referido de Muestras Positivas para Influenza A del Departamento de Salud, LSPPR. Esta hoja provee los espacios necesarios para que su laboratorio indique las pruebas de cernimiento realizadas y los resultados obtenidos (Parte IV). Favor de no utilizar para estos fines la Hoja de Envío, ni ninguna otra. No olvide llenar en su totalidad la hoja de referido, para evitar problemas que conlleven al rechazo de la muestra. La información suministrada está protegida conforme a las disposiciones federales de HIPAA de 1996, y la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Puerto Rico.

- Las muestras deben mantenerse refrigeradas a temperaturas de (2 a 8) °C, preferiblemente 4°C, mientras se espera para enviarlas al LSPPR, antes de 72 horas de haber sido tomadas.
- Las muestras deberán transportarse en neveritas portátiles de material aislante fuerte, herméticamente selladas y con suficientes "ice-packs". No utilice hielo. Deberá colocar junto a las muestras un termómetro especial que se utiliza para neveritas portátiles, para que el personal del LSPPR pueda verificar la temperatura de recibo de las mismas. Se recomienda que dicho termómetro esté debidamente protegido para que no se rompa durante el transporte o manejo de las muestras. Favor de no utilizar termómetros de metal o que tengan mercurio. (Véase adjunto un ejemplo del termómetro que se puede utilizar para estos fines. *Nota:* Dicho ejemplo, no constituye ningún tipo de endoso por parte del LSPPR a ninguna marca de termómetros en particular.)
- Si el envío de la muestra ha de tardar en llegar al LSPPR más de 72 horas, deberá congelarla a -70°C o menos (o sea, menos setenta grados centígrados o más frío) y deberá transportarla al LSPPR en neverita con hielo seco. No las congele a temperaturas mayores de las referidas (como por ejemplo, -20°C), ya que esto disminuye la viabilidad de la muestra para la prueba confirmatoria.
- Favor de coordinar con antelación el envío de toda muestra a ser referida al LSPPR, durante el horario establecido (véase arriba Dirección física y horario establecido para el recibo de muestras), llamando al 787-765-2929 X 3765, 3726 o 3728. Si ocurre una emergencia fuera de este horario, deberá llamar al 787-457-0367.

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
 DEPARTAMENTO DE SALUD  
 OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACION  
 PROGRAMA VIGILANCIA DE VIH/SIDA

Sandra Miranda De Leda, MPH  
 Directora  
 Centro Comercial 65 de Industria  
 Ave. 65 de Industria, #49 Suite 32  
 Tel. (787) 891-4696 / 882-2515



**ANEXO XI**  
**INFORME SEMANAL DE RESULTADOS POSITIVOS O REACTIVOS PARA**  
**PARA EL DIAGNÓSTICO DEL VIH/SIDA**

SEMANA DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

**MUESTRAS TOMADAS SUJETAS A INFORME**

Resultado	Tipo de Prueba				
	VIH - 1 EIA	HIV - 1 / 2	WESTERN BLOT	CD4/CD8	Otras
Positivo					
Negativo					
Indeterminado					
Total					

Certifico que los resultados incluidos en la tabla representan todos los realizados durante la semana señalada. Adjunto copia de los resultados positivos; certifico que he revisado los mismos y confirmo que contienen la información requerida por el Departamento de Salud, en forma clara y legible.

NOMBRE DEL LABORATORIO O INSTITUCIÓN Y # DE LICENCIA \_\_\_\_\_ DIRECTOR DEL LABORATORIO Y # DE LICENCIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL TECNÓLOGO MÉDICO Y # DE LICENCIA \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Para cualquier pregunta o información relacionada con el reporte de VIH comuníquese con la oficina arriba indicada.  
 Favor de enviar copia de los resultados positivos y/o indeterminados. Al enviar su correspondencia indique en el sobre "INFORME CONFIDENCIAL"

NOMBRE DEL LUGAR QUE REPORTA: \_\_\_\_\_ PERSONA CONTACTO: \_\_\_\_\_

TIPO DE INSTITUCION: (marque sólo en el que corresponda)											
LABORATORIO:		<input type="checkbox"/> LAB. DE REFERENCIA-SI <input type="checkbox"/> NO									
HOSPITAL:		<input type="checkbox"/>									
CORRECCIONAL:		<input type="checkbox"/> AREA:									
HOGAR O ALBERGUE:		<input type="checkbox"/> PACIENTE RESIDE EN LUGAR: SI <input type="checkbox"/> NO									
CLINICA:		<input type="checkbox"/> CLINICA:									
NOMBRE COMPLETO		SEXO	FECHA NACIM.	SEGURO SOCIAL	DIRECCION RESIDENCIAL	FACTOR RIESGO*	HOSPITAL de referencia al que refiere el paciente	EXPERIENCIA S. Enferm. / OPD	PRUEBAS (incluye confirmatorias)	FECHA Recibida	***CIC (autorizada por Jefe de Corp. Verif. Fichas)
		M	mm/aa						EA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VH-12 <input type="checkbox"/>		
1									EA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VH-12 <input type="checkbox"/>		
2									EA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VH-12 <input type="checkbox"/>		
3									EA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VH-12 <input type="checkbox"/>		
4									EA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VH-12 <input type="checkbox"/>		
5									EA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VH-12 <input type="checkbox"/>		
6									EA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VH-12 <input type="checkbox"/>		
7									EA <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> VH-12 <input type="checkbox"/>		

\* Factores de riesgo = uso de drogas intravenosas (Vtd), hombre que tiene sexo con hombre (hom), sexo con una persona VIH (sexo hem VIH si es mujer, sexo muj VIH si es hombre), sexo con mujer usante de drogas (sexo lvd muj), sexo con hombre usante de drogas (sexo lvd hom), otro según aplique.

\*\* En adición al número expediente favor indicar (S. Enferm.) para ante emergencias, (OPD) si no está hospitalizado, (HOSP) si está hospitalizado.

\*\*\* FAVOR DISTINGUIR ENTRE % Y/O CONTINENTE DE CELULAS INCLUYA LA FECHA DE TOMA DE MUESTRA. PRUEBAS VIH REQUEREN CONFIRMACION CON WESTERN BLOT (WB)



TIPO DE INSTITUCION: (marque sólo en el que corresponda)

LABORATORIO:  LUGAR DE REFERENCIA: SI  NO

HOSPITAL:

CORREGIONAL:  AREA: \_\_\_\_\_

HOGAR O ALBERGUE:  PACIENTE RESIDE EN LUGAR: SI  NO

CLINICA:  CLINICA: \_\_\_\_\_

HOMBRE  SEÑO  FECHA  SEXO  SOCIAL

COMPLETO  NI  MADRA  MADRAB

DIRECCION RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

FACTOR RIESGO\* \_\_\_\_\_

HOSPITAL  HOSPI  NUM.  NUM.  NUM.

PRUEBAS  PRUEBAS  PRUEBAS

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

FECHA  FECHA  FECHA

\* Factores de riesgo = uso de drogas intravenosas (Vdu), hombre que tiene sexo con hombre (homo), sexo con una persona VIH (sexo hom VIH (sexo hom VIH) o con una persona VIH (sexo muj VIH si es hombre), sexo con mujer usuaria de drogas (sexo Vdu muj), sexo con hombre usuaria de drogas (sexo Vdu hom), otro según aplique.

\*\* En adición al número correspondiente favor indicar (S, Error) para cada empujón de drogas (sexo Vdu hom), otro según aplique.

\*\*\* FAVOR DISTINGUIR ENTRE % Y/O CONTRA DE CELULAS INCLUYA LA FECHA DE TOMA DE MUESTRA. PRUEBAS VIH RESQUERBEL CONSERVACION CON WESTERBL OT/1029