

HOJA DE REFERIDO DE MUESTRAS POSITIVAS PARA INFLUENZA A

I. INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE REFIERE		
Nombre de la Institución: _____	Fecha de envío: ____/____/____ mes día año	
Dirección: _____	Teléfono (____) - ____ - ____	
Lab. de Referencia indicar laboratorio que origino la muestra: _____	Teléfono (____) - ____ - ____	
Médico que ordena la prueba: _____	Teléfono (____) - ____ - ____	
II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA		
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____		
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ en años/meses/semanas mes día año		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Dirección física: Urb. o Barrio _____		Tel. casa: (____) - ____ - ____
Calle: _____	Número: _____	Tel. celular (____) - ____ - ____
Pueblo: _____	Zip-Code: _____	Tel. trabajo: (____) - ____ - ____
Dirección postal: _____		Persona contacto: _____
Zip-Code _____		Tel. contacto: (____) - ____ - ____
III. INFORMACIÓN CLÍNICA (REQUISITO INDISPENSABLE PARA PROCESAMIENTO Y REFERIDO AL CDC)		
Fecha del primer síntoma: ____/____/____ mes día año		
Fiebre ($\geq 38^{\circ}C$ ó $100^{\circ}F$): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Temperatura _____	Dolor de garganta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escalofríos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor muscular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos seca: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mareos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros: _____
Erupción (Rash): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fatiga: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Diagnostico clínico inicial: _____		
¿Ha recibido usted vacuna de influenza de temporada? Si, Fecha ____/____/____ mes día año		
¿Durante los últimos 10 días viajó fuera de Puerto Rico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Fecha ____/____/____ Lugar visitado: _____ mes día año		
IV. INFORMACIÓN DEL LABORATORIO QUE REFIERE:		
Fecha de toma de muestra: ____/____/____ mes día año	Tipo de muestra: _____	
Prueba realizada: _____	Método de Identificación: _____	
Resultados obtenidos: _____		

PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE PUERTO RICO

Fecha de recibo de muestra al LSPPR: ____/____/____ mes día año	Muestra Rechazada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Numero del LSPPR: _____	Comentarios: _____ _____
Prueba realizada en el LSPPR: <input type="checkbox"/> DIRECTIGEN EZ FLU A + B <input type="checkbox"/> REAL TIME - RT PCR	Referido al CDC: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO