

Departamento de Salud de Puerto Rico  
División de Epidemiología



HOJA DE INVESTIGACION DE CASO SOSPECHOSO INFLUENZA AVIAR

I. INFORMACIÓN AUTORIDAD DE SALUD

Encuestador: \_\_\_\_\_  
Fecha entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes día año

Departamento: \_\_\_\_\_  
Teléfono contacto: \_\_\_\_\_

II: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_ M \_\_\_ F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes día año

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono(s) contacto: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Patrono: \_\_\_\_\_

III. INFORMACIÓN CLÍNICA

1. Fecha comienzo de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes día año

2. Ha presentado alguno de los siguientes síntomas: (Seleccione todos los que apliquen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre; temperatura _____ | <input type="checkbox"/> Tos           | <input type="checkbox"/> Secreción nasal  |
| <input type="checkbox"/> Dolor garganta            | <input type="checkbox"/> Dolor cabeza  | <input type="checkbox"/> Dolor muscular   |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                    | <input type="checkbox"/> Diarrea       | <input type="checkbox"/> Dolor coyunturas |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos               | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos  |

3. ¿Visitó al médico por sus síntomas? Sí  No (Pasar a pregunta #5)  Desconocido

4. ¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

5. ¿Visitó una sala de emergencia por estos síntomas?  
 Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_, ¿Cuándo? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  No  
Mes día año

IV. HISTORIAL DE HOSPITALIZACIÓN

1. ¿Estuvo hospitalizado por estos síntomas?  
 Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_, ¿Fecha admisión? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  No  
Mes día año

2. ¿Durante su hospitalización estuvo en área de aislamiento?  Sí  No

3. ¿Durante su hospitalización estuvo en área de intensivo?  Sí  No

4. ¿Durante su hospitalización estuvo en ventilación mecánica?  Sí  No

V. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

1. ¿Se le realizó placa de pecho por estos síntomas?  Sí  No

2. ¿Se le realizó alguna de las siguientes pruebas?  
(Seleccione todas las que apliquen)  
 Cultivo de nariz  Otros, especifique: \_\_\_\_\_  
 Muestra de sangre  Desconocido  
 Cultivo de ojo

3. ¿Tuvo diagnóstico de pulmonía?  Sí  No

VI. HISTORIAL DE VACUNACIÓN

1. ¿Ha recibido usted vacuna de influenza desde septiembre pasado?  
 Sí  No  Desconocido  
¿Fecha? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
mes día año



8. ¿Ha tenido usted contacto directo con alguna persona que vive o trabaja en una finca de aves de corral y quien tiene o ha tenido síntomas respiratorios y/o de los ojos.

Sí: Quién: \_\_\_\_\_

No

Fecha de 1ra. Exposición: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes día año

Fecha de última Exposición: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes día año

**IX. HISTORIAL DE VIAJE**

1. ¿Durante los últimos 10 días estuvo fuera de Puerto Rico?  Sí  No

Fecha de salida (de Puerto Rico)	Lugar de visita	Número de días en el lugar	Fecha de regreso

2. ¿Presentó síntomas durante el vuelo?  Sí, Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  No  
mes día año

**X. HISTORIAL EXPOSICIÓN CONTACTO HUMANO**

1. ¿Tuvo contacto o exposición durante los últimos 10 días con alguno(s) de los siguientes:

- Caso de influenza A (H5N1)
- Caso sospechoso de influenza A (H5N1)
- Alguien que murió por enfermedad aguda respiratoria desconocida.
- Desconocido
- Ninguno de los anteriores

**XI. INFORMACIÓN DE CONTACTOS**

- 1. ¿Número de miembros en el hogar? \_\_\_\_\_
- 2. ¿Con cuánta gente de su vecindario usted tiene contacto directo? \_\_\_\_\_
- 3. ¿Tiene conocimiento de que un miembro del hogar o algún contacto directo a usted ha manifestado algunos de los síntomas antes mencionado?  Sí,  No  Desconocido

Si contestó afirmativamente, ¿qué síntomas presentó y cómo los podemos contactar?

Nombre	Edad	Sexo	Parentesco	Síntomas	Fecha síntomas	Número contactos