



Fecha de ocurrencia      Día      Mes      Año  
 Fecha de notificación      Día      Mes      Año  
 Fecha de investigación      Día      Mes      Año

Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_

Personas identificadas						Signos y síntomas																Enfermo	Consulta	Hospitalizado	Muestra						
No.	Nombres y apellidos	Identificación	Edad	Sexo	Dirección y teléfono	Día	Hora	Nauseas	Vómito	Diarrea	Fiebre	Dolor abdominal	Cefalea	Deshidratación	Cianosis	Mialgias	Altraigias	Mareos	L. maculopapulares	Escorifios	Parestesia	Sialorrea	Espasmos musc	Mareos	Otros	Si/No	Si/No	Si/No	Cuál		
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

Teléfono