

V.2006,1		1. INFORMACIÓN GENERAL															
1.1. EVENTO:					1.2. FECHA DE NOTIFICACIÓN:												
					<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>CÓDIGO</td><td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>						CÓDIGO	DÍA	MES	AÑO			
CÓDIGO	DÍA	MES	AÑO														
1.3. SEMANA*: * EPIDEMIOLOGICA	1.4. AÑO: AÑO	1.5. DEPARTAMENTO QUE NOTIFICA:		1.6. MUNICIPIO QUE NOTIFICA:													
1.7. RAZÓN SOCIAL DE LA UNIDAD PRIMARIA GENERADORA DEL DATO (UPGD):					1.8 CÓDIGO DE LA UPGD:												
					<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DEPTO.</td><td>MUNICIPIO.</td><td colspan="2">CÓDIGO</td><td colspan="2">SUB.</td> </tr> </table>							DEPTO.	MUNICIPIO.	CÓDIGO		SUB.	
DEPTO.	MUNICIPIO.	CÓDIGO		SUB.													

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE														
2.1. PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE:			2.2. SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE:											
2.3. PRIMER APELLIDO:			2.4. SEGUNDO APELLIDO:											
2.5. TIPO DE IDENTIFICACIÓN:					2.6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:									
<input type="checkbox"/> NU ⁽¹⁾ NUIP <input type="checkbox"/> RC ⁽²⁾ REGISTRO <input type="checkbox"/> TI ⁽³⁾ T. DE ID. <input type="checkbox"/> CC ⁽⁴⁾ C.C. <input type="checkbox"/> CE ⁽⁵⁾ C. EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PA ⁽⁶⁾ PASAPORTE <input type="checkbox"/> MS ⁽⁷⁾ MENOR SIN ID. <input type="checkbox"/> AS ⁽⁸⁾ ADULTO SIN ID.														
2.7. EDAD:	2.8. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:		2.9. SEXO:	2.10. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:										
	<input type="checkbox"/> 1 AÑOS <input type="checkbox"/> 2 MESES <input type="checkbox"/> 3 DÍAS <input type="checkbox"/> 4 HORAS <input type="checkbox"/> 5 MINUTOS		<input type="checkbox"/> M ⁽¹⁾ MAS. <input type="checkbox"/> F ⁽²⁾ FEM.											
2.11. BARRIO Ó VEREDA:		2.12. MUNICIPIO DE RESIDENCIA DEL PACIENTE:		2.13. ZONA:										
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DEPTO.</td><td colspan="2">CÓDIGO</td> </tr> </table>					DEPTO.	CÓDIGO		<input type="checkbox"/> U ⁽¹⁾ URBANA <input type="checkbox"/> R ⁽²⁾ RURAL <input type="checkbox"/> P ⁽³⁾ PERIURBANA				
DEPTO.	CÓDIGO													
2.14. TELÉFONO FIJO Ó MÓVIL:		2.15. OCUPACIÓN DEL PACIENTE:		2.16. TIPO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:										
				<input type="checkbox"/> 1 CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> 2 SUBSIDIADO <input type="checkbox"/> 3 VINCULADO <input type="checkbox"/> 4 PARTICULAR <input type="checkbox"/> 5 OTRO										
2.17. ASEGURADORA:			2.18. ETNIA O RAZA:		2.19. ¿DESPLAZADO?									
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="5">CÓDIGO</td> </tr> </table>								CÓDIGO					<input type="checkbox"/> 1 INDIGENA <input type="checkbox"/> 2 AFROCOLOMBIANO <input type="checkbox"/> 3 OTRO	
CÓDIGO														
					<input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO									

3. NOTIFICACIÓN																																			
3.1. MUNICIPIO DE PROCEDENCIA:			3.2. FECHA DE CONSULTA:		3.3. INICIO DE SINTOMAS:																														
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DEPTO.</td><td>MUNICIPIO</td><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> </table>								DEPTO.	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="3">AÑO</td> </tr> </table>							DÍA	MES	AÑO			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="3">AÑO</td> </tr> </table>						DÍA	MES	AÑO		
DEPTO.	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO																															
DÍA	MES	AÑO																																	
DÍA	MES	AÑO																																	
3.4. TIPO DE CASO:				3.5. HOSPITALIZADO:	3.6. FECHA HOSPITALIZACIÓN:																														
<input type="checkbox"/> 1 SOSPECHOSO <input type="checkbox"/> 2 PROBABLE <input type="checkbox"/> 3 CONF. LABORATORIO <input type="checkbox"/> 4 CONF. CLINICA <input type="checkbox"/> 5 CONF. NEXO EPIDEMIOLOGICO				<input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> </table>				DÍA	MES	AÑO																								
DÍA	MES	AÑO																																	
3.7. CONDICIÓN FINAL:		3.8. FECHA DE DEFUNCIÓN:		3.9. NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DILIGENCIÓ LA FICHA:																															
<input type="checkbox"/> 1 VIVO <input type="checkbox"/> 2 MUERTO		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>						DÍA	MES	AÑO																									
DÍA	MES	AÑO																																	

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS ENTES TERRITORIALES													
A. SEGUIMIENTO DEL CASO:		B. OBSERVACIÓN AL AJUSTE:		C. FECHA DE NOTIFICACIÓN:									
<input type="checkbox"/> 1 DESCARTADO <input type="checkbox"/> 2 CONFIRMADO				<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>						DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO											
D. OBSERVACIÓN:				E. FECHA DE NOTIFICACIÓN:									
				<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>						DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO											
F. OBSERVACIÓN:				G. FECHA DE NOTIFICACIÓN:									
				<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>						DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO											