



**CARA B | INTOXICACIONES**

V.2006,1	<b>RELACIÓN CON CARA A</b>	
<b>A. NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE</b>	<b>B. TIPO DE ID.*</b>	<b>C. No. DE IDENTIFICACIÓN</b>
* TIPO DE ID: 1 - NU : NUIP   2 - RC : REGISTRO CIVIL   3 - TI : TARJETA DE ID   4 - CC : CÉDULA CIUDADANÍA   5 - CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   6 - PA : PASAPORTE   7 - MS : MENOR SIN ID   8 - AS : ADULTO SIN ID		

**4. DATOS DE LA EXPOSICIÓN**

**4.1. INTOXICACIÓN POR:**  
 1 PLAGUICIDAS     2 FÁRMACOS     3 METANOL     4 SOLVENTES     5 METALES PESADOS     6 OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS

**4.2. NOMBRE DEL PRODUCTO:**

**4.3. TIPO DE EXPOSICIÓN:**  
 1 OCUPACIONAL     2 ACCIDENTAL     3 INTENCIONAL SUICIDA     4 INTENCIONAL HOMICIDA     5 REACCIÓN ADVERSA     6 DESCONOCIDA

**4.4. ACTIVIDAD REALIZADA EN EL MOMENTO DE LA EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS: (MARQUE CON UNA "X" UNA Ó MÁS)**

<input type="checkbox"/> 1 PRODUCCION, FORMULACION, SINTESIS	<input type="checkbox"/> 2 ALMACENAMIENTO - DISTRIBUCION - EXPENDIO	<input type="checkbox"/> 3 APLICACIÓN AGRÍCOLA
<input type="checkbox"/> 4 APLICACIÓN EN SALUD PÚBLICA	<input type="checkbox"/> 5 APLICACIÓN DOMICILIARIA	<input type="checkbox"/> 6 TRATAMIENTO HUMANO
<input type="checkbox"/> 7 TRATAMIENTO VETERINARIO	<input type="checkbox"/> 8 TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> 9 MEZCLA - CARGA
<input type="checkbox"/> 10 MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	<input type="checkbox"/> 11 REENTRADA EN CULTIVO	<input type="checkbox"/> 12 OTROS

**4.5. SÍ MARCO LA CASILLA (12) OTROS; EN LA PREGUNTA ANTERIOR ESCRIBA ¿CUÁL?**

**4.6. FECHA DE EXPOSICIÓN:**    **4.7. HORA ( 0 A 24 )**    **4.8. VÍA DE EXPOSICIÓN:**  
 DÍA | MES | AÑO     1 RESPIRATORIA     2 ORAL     3 DÉRMICA     4 OCULAR     5 DESCONOCIDA     6 OTRA

**4.9. SÍ MARCO LA CASILLA (6) OTRA; EN LA PREGUNTA ANTERIOR ESCRIBA ¿CUÁL?**

**5. OTROS DATOS**

**5.1. ESCOLARIDAD:**    **5.2. ¿EMBARAZADA?:**  
 1 SIN ESCOLARIDAD     2 PRIMARIA     3 SECUNDARIA     4 UNIVERSITARIA     1 SÍ     2 NO

**6. SEGUIMIENTO**

**6.1. SITUACIÓN DE ALERTA:**    **6.2. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA:**    **6.3. FECHA DE INVESTIGACIÓN:**    **6.4. FECHA DE INFORME:**  
 1 SÍ     2 NO     1 SÍ     2 NO    DÍA | MES | AÑO    DÍA | MES | AÑO

**6.5. NOMBRE DEL RESPONSABLE:**    **6.6. TELÉFONO MÓVIL O FIJO:**

**7. OBSERVACIONES GENERALES**

**CARA B | INTOXICACIONES**