

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

**GERENCIA MÉDICA**

**DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

**Área de Salud Colectiva - Vigilancia Epidemiológica**

**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

**Ficha de notificación e investigación de ESAVI**

**(Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización)**

**Datos generales del usuario:**

Región de Salud: **Pacífico Central** Área de Salud**: Esparza**

Establecimiento de Salud: **Área de Salud Esparza**

Fecha de notificación: **20-08-2025** Fecha de investigación: **20-08-2025**

Nombre paciente:  **FELIPE RODRIGUEZ VARGAS**

# Identificación **6-5970302** Edad: 2 (a) 6 (m) 12 (d) Sexo: M

Dirección: **PARAÍSO 300MTS DE LA ESCUELA BRUCELAS CASA COLOR BLANCA MANO DERECHA Teléfono 89273022 ,63110873** Nombre del encargado: **DANIEL RODRIGUEZ ALANIZ**

**Antecedentes importantes:**

Alergias previas: Si / No X/ Reacción previa a la vacuna: Si\_ / No X medicamentos previos a la vacunación: Si\_\_/ No\_X\_/ Cuáles: **\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Datos de la vacuna a la cual se atribuyen las molestias:**

Nombre de la vacuna: **INFLUENZA** hora de la vacunación: **01:30 pm**

Fecha de la vacunación: **20-6-25** Laboratorio productor CGBIOPHARMA CORP

País de fabricación: **COREA DEL SUR** : V50525007Fecha de expiración: **28/02/ 2026**.

Nombre del vacunador**: KEINER SERRANO VINDAS**

**Datos clínicos presentes:**

Nombre de la vacuna: **INFLUENZA** hora de la vacunación: **900AM**

Fecha de inicio de síntomas: **21/06**/ 25 hora**: 6:30 hrs Dolor** local: Si Fiebre**: SI**

Náuseas: **/NO** Vómitos: **/NO** Absceso local: **Si**\_/ Rash: **Si/** Cianosis: /NO Artralgia/NO

Parálisis: \_NO\_\_/ Adenopatías: NO/ Convulsiones: NO\_\_\_/ Llanto persistente: \_\_NO\_/

Dificultad respiratoria: \_NO\_\_/ Otros**: PRESENTA ENRROJECIMIENTO, CALOR Y EDEMA EN AREA DE APLICACIÓN DE LA VACUNA .**

**Manejo del caso:**

En observación: Sí **\_**/ No X\_\_/ hora: **\_\_** Establecimiento: \_**ÁREA DE SALUD ESPARZA**

 Hospitalización: **NO** \_/ / fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ hora: \_\_\_/\_\_\_/ Hospital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días de hospitalización: \_\_\_/ \_\_\_/

Complicaciones: Sí\_\_/ No\_X\_/ Cuáles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Muerte: Sí\_\_/ No\_X/ fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Diagnóstico de egreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clasificación final: **.** Nombre de los investigadores**: Dra. HEILYN OCAMPO QUESADA**Correo electrónico: hdocampo@ccss.sa.cr  Teléfonos **2220-61-00 ext. 6253**

Cargo de los investigadores: **Enfermera Coordinadora PAI Local y Atención Primaria**

Observaciones: Pte.