



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS  
SUPUESTAMENTEATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN  
O INMUNIZACIÓN (ESAVI)



DE  
V03-2021

La presente ficha contiene las preguntas necesarias para llevar a cabo la notificación de un ESAVI. Debe llenar la información completa del caso durante el primer contacto con el paciente y en el momento de la detección.

<b>1. Número de identificación del caso:</b>	<b><u>Datos del Notificador:</u></b>
<b><u>Datos de identificación del vacunado/afectado</u></b>	<b>10. Nombre Completo del Notificador:</b> Alejandra Marroquín Morales
<b>2. Nombre completo:</b> Soledad Barrientos Gonzalez	<b>11. Institución:</b> IGSS CAMIP
<b>3. Número de identificación de Personas (DPI):</b> 2377445970101	<b>12. Profesión:</b> Química Farmacéutica
<b>4. Dirección completa:</b> 8a calle A 15-53 San Cristobal zona 8 de Mixco, Guatemala	<b>13. Dirección completa:</b> 14av 4ta calle zona 12, Colinas de Pamplona
<b>5. Teléfono y correo electrónico:</b> 58763759 / NR	<b>14. Nivel geográfico subnacional:</b> Guatemala, Guatemala
<b>6. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
<b>7. Fecha de nacimiento:</b> dd/mm/aaaa 29/07/1958	<b>15. Teléfono y correo electrónico:</b> 40543569 / alermarroquin@gmail.com
<b>8. Edad al inicio del evento</b> (use como referencia el primer signo, síntoma o hallazgo anormal de laboratorio identificado): <input checked="" type="checkbox"/> 66 años <input type="checkbox"/> 10 meses <input type="checkbox"/> 05 días	<b>16. Fecha de consulta:</b> dd/mm/aaaa 05.06.2025
<b>9. Grupo étnico</b> <input type="checkbox"/> Maya <input type="checkbox"/> Garífuna <input type="checkbox"/> Xinca <input checked="" type="checkbox"/> Ladino	<b>17. Fecha actual:</b> dd/mm/aaaa 05.06.2025

**Antecedentes del vacunado**

**18. Antecedentes Médicos** (Historia médica previa y otra información relevante como la ocurrencia de otros casos y otros datos epidemiológicos):  
Diabétes, Otros hipertoroidismos, neuropatías

<b>19. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a otras vacunas?</b>	<input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
<b>20. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a medicamentos?</b>	<input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
<b>21. ¿Tiene antecedente de diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 antes de la vacunación?</b>	<input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe → pase a pregunta 26

<b>22. ¿Asintomática?</b> <input type="checkbox"/> sí no <input type="checkbox"/> → pase a pregunta 23 <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	<b>23. Fecha de inicio de síntomas:</b>
---	---

**24. ¿Cómo se confirmó el diagnóstico de la infección?**  
 Solo por las manifestaciones clínicas  Por inmunoensayos  Por pruebas moleculares  
 Otro  
**Explique:**

**25. Fecha de toma de la muestra para la prueba confirmatoria:** dd/mm/aaaa

**Solo para ESAVI con vacunas contra SARS-CoV-2.**

**26. ¿El vacunado está participando en un ensayo clínico de vacunas contra SARS-CoV-2?:**

sí  no

**Antecedentes Farmacológicos** (Indique todos los medicamentos que estuviera tomando en el momento de la vacunación)

Medicamento	Presentación	Dosis	Vía de administración	Fecha de Inicio

**Si es mujer en edad reproductiva:**

**27. ¿Se encontraba en embarazo en el momento del inicio del ESAVI?:**

sí, semanas de gestación:       no       se desconoce.      Fecha probable de parto:

**28. ¿Alguna complicación del embarazo, parto, puerperio, neonatal o anomalía congénita?**

sí  no      Diagnóstico de la

complicación: Describa la complicación:

**29. Una vez se identificó que había sido vacunada en el embarazo ¿se inició monitoreo por un establecimiento de salud?**

sí  no  no sabe

**30. Institución de salud en donde se vacunó:**

**31. Dirección del lugar de vacunación:**

Vacunas (administradas inmediatamente antes del ESAVI)							Diluyente (si aplica)				
Nombre genérico de la vacuna	Nombre comercial / Fabricante	Fecha de vacunación	Hora de vacunación (am/pm)	Dosis	Número de lote	Fecha de vencimiento	Nombre	Número de lote	Fecha de vencimiento	Fecha de reconstitución	Hora de reconstitución
Vac antineumococo	MSD Pneumovax	03.06.25	11:00 am	2da	y003665	11.09.25					

**32. ¿Se administró otra vacuna en los 30 días anteriores al inicio del ESAVI?**  sí  no  no sabe

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**33. ¿Cómo se verificó la información de vacunación?**  Carnet/Registro físico  Carnet/Registro electrónico  Declaración verbal  Historia clínica corroborada con carnet  No se sabe  Otro ¿Cuál?

**34. Datos del ESAVI.** Seleccione los eventos que sean relevantes para el caso presentado.

ESAVI		Fecha de inicio dd/mm/aa	Hora
Absceso	<input type="checkbox"/>		
Anafilaxis	<input type="checkbox"/>		
Cefalea	<input type="checkbox"/>		
Convulsiones	<input type="checkbox"/>		
Diarrea	<input type="checkbox"/>		
Dolor en el sitio de la inyección	<input checked="" type="checkbox"/>	03.06.2025	16:00 pm
Encefalitis	<input type="checkbox"/>		
Encefalopatía	<input type="checkbox"/>		
Eritema en el sitio de la inyección	<input checked="" type="checkbox"/>	05.06.2025	06:00 am
Fiebre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/>		
Inflamación en el sitio de la inyección	<input checked="" type="checkbox"/>	03.06.2025	16:00 pm
Linfadenitis	<input type="checkbox"/>		
Mareo	<input type="checkbox"/>		
Nausea	<input type="checkbox"/>		
Rash	<input type="checkbox"/>		

ESAVI		Fecha de inicio dd/mm/aa	Hora
Sepsis	<input type="checkbox"/>		
Síndrome de Shock tóxico	<input type="checkbox"/>		
Sudoración	<input type="checkbox"/>		
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>		
Vómito	<input type="checkbox"/>		
OTRO:	<input type="checkbox"/>		
OTRO:	<input type="checkbox"/>		
OTRO:	<input type="checkbox"/>		
<p><b>35. Descripción del ESAVI</b> (Escriba la historia de síntomas y signos del evento, tal como lo describe el paciente, incluya también resultados de pruebas de laboratorio y de imágenes relevantes realizadas):</p> <p>Sitio de colocación fue en brazo derecho.</p> <p>Paciente indica, que al colocar no presento síntomas, pero ya en su casa aproximadamente a las cuatro de la tarde presenta dolor en el área de inyección, sin fiebre, también presenta inflamación, el día de la consulta al despertar, el parea de inyección se encuentra inflamado y rojo, con disminución del dolor</p> <p>Peso Paciente: 91 kg</p>			
<p><b>36. Clasificación del ESAVI:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No Grave  <input type="checkbox"/> Grave</p> <p>Si Grave, SELECCIONE <input type="checkbox"/> Muerte, <input type="checkbox"/> Amenaza la vida, <input type="checkbox"/> Discapacidad significativa o persistente,  <input type="checkbox"/> Hospitalización, <input type="checkbox"/> Anomalía congénita, <input type="checkbox"/> Aborto,  <input type="checkbox"/> Muerte fetal, <input type="checkbox"/> Otro evento médico importante.  <input type="checkbox"/> Especifique:</p>			
<p><b>37. Desenlace del ESAVI:</b></p> <p><input type="checkbox"/> En remisión/recuperación. <input checked="" type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado  <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Muerte</p> <p><b>Fecha de la muerte:</b> dd/mm/aaaa      <b>Se realizó autopsia:</b> <input type="checkbox"/> Si (adjuntar informe de autopsia)  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido</p>			
<p><b>A completar por el nivel responsable de lleva a cabo la investigación:</b></p>			
<p><b>38 ¿Se requiere Ficha de Investigación?:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si  <input checked="" type="checkbox"/> No</p>		<p><b>39. Fecha planeada de la investigación o en la que se inició la investigación:</b> dd/mm/aaaa</p>	