MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

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

F-FV-c-05
V 01-2021

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.

1. Número de identificación del caso:	4146554350101
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL VACUNADO/AFECTADO	**DATOS DEL NOTIFICADOR**
2. **Nombre completo:** Vanessa Janeth García Hernández	**10. Institución:** Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
3. Número de identificación de Personas (DPI): 4146554350101	**11. Profesión:** Química Farmacéutica
4. Dirección completa: 5 CALLE 4-75 ZONA 13, GUATEMALA, GUATEMALA	**12. Dirección completa:** 37 Avenida 19-00, Zona 5 Jardines de la Asunción, C.A
5. Teléfono y correo electrónico: 3328-2431 o 40495601	**13. Nivel geográfico subnacional:** Guatemala, Municipio de Guatemala, Zona 5, Unidad Periférica Zona 5.
6. Sexo: ☐M ☒F	
7. Fecha de nacimiento: 28 de enero de 2024.dd/mm/aaaa	**14. Teléfono y correo electrónico:** 5910-9644; fatima.gil@igssgt.org
8. Edad al inicio del evento (use como referencia el primer signo, síntoma o hallazgo anormal de laboratorio identificado)**:** 1 año, 6 mese, 22 díasdd/mm/aaaa	**15. Fecha de consulta:** 21/08/2025dd/mm/aaaa
9. Grupo étnico ☐MAYA ☐GARIFUNA ☐XINCA ☒LADINO	**16. Fecha actual:** 21/08/2025dd/mm/aaaa

Antecedentes del vacunado

17. Antecedentes Médicos (Historia médica previa y otra información relevante como la ocurrencia de otros casos y otros datos epidemiológicos**):** Esquema de vacunación al día, 19/08/2025 vacunación de los 18 meses, peso 23 libras 3 onzas, talla 78 cms. Vacuna el día 19/08/2025 con VACUNA DE LA DIFTERIA, TÉTANOS Y PERTUSSIS, el día 20/08/2025 presento convulsiones en la noche por el aumento de fiebre y no quiere comer.

18. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a otras vacunas?	☐SI ☐NO ☒ NO SABE
19. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a medicamentos?	☐SI ☐NO ☒ NO SABE
20. ¿Tiene antecedente de diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 antes de la vacunación?	☐SI ☐NO→ pase a pregunta 25 ☒ NO SABE → pase a pregunta 2
21. ¿Asintomática? ☐SI → pase a pregunta 23 ☐NO ☐ NO SABE	22. Fecha de inicio de síntomas: 19/08/2025dd/mm/aaaa
23 ¿Cómo se confirmó el diagnóstico de la infección?	

☐Solo por las manifestaciones clínicas ☐Por inmunoensayos ☐Por pruebas moleculares ☒Otro
Explique: El aumento en la temperatura puede provocar convulsiones dentro de las 48 horas postvacunal, por lo que se refiere como una reacción adversa postvacunal.

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

25*. Solo para ESAVI con vacunas contra SARS-CoV-2.*
¿El vacunado está participando en un ensayo clínico de vacunas contra SARS-CoV-2?:
☐SI ☐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
Zinc elemental	Jarabe	10 mg/5ml	Oral	19/08/2025dd/mm/aaaa
Paracetamol (acetaminofén	Solución oral	100 mg/ ml	Oral	19/08/2025dd/mm/aaaa
Multivitaminico sin flúor	Solución oral	-	Oral	19/08/2025dd/mm/aaaa
				dd/mm/aaaa
				dd/mm/aaaa

Si es mujer en edad reproductiva:
26. ¿Se encontraba en embarazo en el momento del inicio del ESAVI?:
☐ Si, semanas de gestación: ☒No ☐Se desconoce. Fecha probable de parto: dd/mm/aaaa

27. ¿Alguna complicación del embarazo, parto, puerperio, neonatal o anomalía congénita? ☐Si ☒No
Diagnóstico de la complicación:
Describa la complicación:

28. Una vez se identificó que había sido vacunada en el embarazo ¿se inició monitoreo por un establecimiento de salud?
☐Si ☐No ☐ No sabe

29. Institución de salud en donde se vacunó:
30. 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
Vacuna de difteria, tétanos y pertussis	Biological E. Limited	19/08/2025	AM	Diez dosis	22110032A	Mar/2026	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

31 ¿Se administró otra vacuna en los 30 días anteriores al inicio del ESAVI? ☐Si ☒No ☐ No sabe
¿Cuál? _____

32. ¿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?

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

ESAVI		**Fecha de inicio**	**Hora.**	**Código MedDRA/CIE**
Fiebre ≥38ºC	☒	19/08/2025	19:00	
Dolor en el sitio de la inyección	☐			
Eritema en el sitio de la inyección	☐			
Inflamación en el sitio de la inyección	☐			
Cefalea	☐			
Convulsiones febriles	☒	20/08/2025		
Absceso	☐			
Linfadenitis	☐			
Encefalopatía	☐			
Encefalitis	☐			
Trombocitopenia	☐			
Anafilaxis	☐			
Síndrome de shock tóxico	☐			
Sepsis	☐			
Otro_____	☐			
Otro_____	☐			
Otro_____	☐			

34. Descripción del ESAVI (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):Madre la paciente refiere que presento fiebre el día 19/08/2025, el día 20/08/2025 por la noche presento convulsiones.

35. ESAVI Grave:
☐Si ➔ ☐ Muerte, ☐Amenaza la vida, ☐ Discapacidad significativa o persistente, ☐ Hospitalización, ☐ Anomalía congénita ☐Aborto ☐ Muerte fetal ☒ Otro evento médico importante. Especifique: Presentación de convulsiones

☐No

36. Desenlace del ESAVI:
☐ En remisión/recuperación ☒Recuperado ☐Recuperado con secuelas ☐No recuperado ☐ Desconocido

☐ Muerte Fecha de la muerte: dd/mm/aaaa Se realizó autopsia: ☐Si (adjuntar informe de

autopsia) ☐No ☐ Desconocido ☐No recuperado ☐En recuperación ☐Recuperado completamente ☐Recuperado con secuela ☐Desconocido	
A completar por el nivel responsable de lleva a cabo la investigación:	
37 ¿Se requiere investigación?: ☒No ☐Si ➔ Tipo de investigación a realizar: ☐Concisa ☐Completa	**38. Fecha planeada de la investigación o en la que se inició .la investigación:** dd/mm/aaaa