



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

La presente ficha contiene las preguntas necesarias para llevar a cabo la notificación de un ESAVI, según la definición de manual de OPS/OMS. Debe llenar la información completa del caso durante el primer contacto con el paciente (en el momento de la detección).

1. Número de identificación del caso:			
Datos de indentificación del vacunado/afectado		Datos del Notificador	
2. Nombre completo:	Zimery Rebeca Gonzalez Cruz	11. Institución:	Hospital Bautista
3. Número de identificación nacional:	Vicungess	12. Profesión:	Medico General
4. Dirección completa:	detrás del hospital bautista de la Candel del Puerto 3 1/2 al sur	13. Oficina y cargo:	Medico General / IPSSEH
5. Nivel geográfico subnacional:		14. Dirección completa:	Hospital Bautista
6. Teléfono y correo electrónico:	8169858	15. Nivel geográfico subnacional:	
7. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		16. Teléfono y correo electrónico:	85163470
8. Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa	17/04/19	17. Fecha de consulta: dd/mm/aaaa:	23/06/25
9. Edad al inicio del evento (usó como referencia el primer signo, síntoma o hallazgo anormal de laboratorio identificado): <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> años	06 años	18. Fecha actual: dd/mm/aaaa:	23/06/25
10. Grupo étnico** Aplica para aquellos países en cuya legislación se exige el registro diferenciado por grupos étnicos.			

Antecedentes del vacunado

19. Antecedentes Médicos
(historia médica previa y otra información relevante como la ocurrencia de otros casos y otros datos epidemiológicos).

Paciente con feto en paper por dolor en nariz.
+ vómito + paulino al despertar en jefe del tórax 1 vez.
Posterior a vacunación

20. ¿Tiene historia de eventos previos similares al actual?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
21. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a otras vacunas?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
22. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a medicamentos?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
23. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a dosis previas de la misma vacuna?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/> NA
24. ¿Tiene antecedentes de diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 antes de la vacunación?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no → pase a pregunta 29 <input type="checkbox"/> no sabe → pase a pregunta 29
25. ¿Asintomática? <input type="checkbox"/> si → pase a pregunta 27 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe	26. Fecha de inicio de síntomas:

27. ¿Cómo se confirmó el diagnóstico de la infección?

Solo por las manifestaciones clínicas Por inmunoensayos Por pruebas moleculares
 Otro

Explique: