

**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: Solange delcarmen Amaliga Sproza                                                                                                            |  | 11. Institución: Hospital Bañitos             |  |
| 3. Número de identificación nacional: 001711920064                                                                                                              |  | 12. Profesión: Médico                         |  |
| 4. Dirección completa: Bº 39 de Julio - San P.D.F. Mansión Somoto 1/2 c al lago.                                                                                |  | 13. Oficina y cargo: Emergencia               |  |
| 5. Nivel geográfico subnacional: Managua                                                                                                                        |  | 14. Dirección completa:                       |  |
| 6. Teléfono y correo electrónico: 78680125                                                                                                                      |  | 15. Nivel geográfico subnacional:             |  |
| 7. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |  | 16. Teléfono y correo electrónico: 78680125   |  |
| 8. Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa 17/11/1992                                                                                                                   |  | 17. Fecha de consulta: dd/mm/aaaa: 05/09/2025 |  |
| 9. Edad al inicio del evento (usó como referencia el primer signo sintomático o hallazgo anormal de laboratorio identificado): 32 años <input type="checkbox"/> |  | 18. Fecha actual: dd/mm/aaaa: 05/09/2025      |  |
| 10. Grupo étnico** mestizo<br><small>Aplica para aquellos países en cuya legislación se exige el registro diferenciado por grupos étnicos.</small>              |  |                                               |  |

**Antecedentes del vacunado**

**19. Antecedentes Médicos**

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

Epilepsia  
Ant. alergia a Huevo.

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 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?<br><input type="checkbox"/> Solo por las manifestaciones clínicas <input type="checkbox"/> Por inmunoensayos <input type="checkbox"/> Por pruebas moleculares <input type="checkbox"/> Otro<br>Explique: |                                  |