

ESAVI-1705-25



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD
CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

COD. 4-02-0008-01
Imp. CASISO

SJ-ESAVI-002

FORMULARIO DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)
CONFIDENCIAL

1 DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Valereth Asprilla Cédula: 3-724-228655 Edad: 37 Sexo: F Peso: 64kg Talla: 1.65
Signos Vitales: PA 100/62 FC 77 FR - T° 37.0
Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.
Alergias, ¿a qué? - Tabaquismo, frecuencia - Renal - Gl -
Embarazo, semanas - Diabetes - Cardíaco - Piel -
Alcohol, frecuencia - HTA - Respiratorio - Neurológico -
Drogas, ¿Cuál? - Hepático - Hematológico - Otros: especifique VIIH+

2 DATOS DEL MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre de la vacuna	Lugar y vía de administración	Número de dosis	Fecha de aplicación	Laboratorio fabricante y país de origen	Lote(s)/ Fecha de expiración	Registro sanitario	Diagnóstico que motiva la prescripción
<u>Influenza</u>	<u>deltoide</u>	<u>1ra</u>	<u>14/5/2025</u>				<u>inmunización</u>
<u>Hepatitis A</u>	<u>deltoide</u>	<u>1ra</u>	<u>14/5/2025</u>				<u>inmunización</u>
<u>Neumococo 23</u>	<u>deltoide</u>	<u>1ra</u>	<u>14/5/2025</u>				<u>inmunización</u>

3 SOSPECHA DE EVENTO(S) ADVERSO(S):

Eventos

- ☐ Reacción alérgica
- ☐ Reacción anafiláctica
- ☐ Fiebre
- ☐ Absceso
- ☐ Lipotimia o flacidez
- ☐ Neumonía
- ☐ Trombocitopenia
- ☐ Episodio de Hipotonía
- ☐ Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)
- ☐ Irritabilidad
- ☐ Exantema
- ☐ Otras (especifique): debilidad, enrojecimiento de rostro y cara, dolor abdominal

Consecuencia de la reacción C

A- Recuperado con secuelas, B- Recuperado sin secuelas, C- En recuperación, D- No recuperado, E- Desconocida, F- Mortal.
Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda:

Considera Usted que los eventos que comunica...

- ☐ Han puesto en peligro la vida
- ☒ Han sido la causa de hospitalización
- ☐ Han prolongado la estancia en el hospital
- ☐ Han originado incapacidad persistente o grave
- ☐ Han causado defecto o anomalía congénita
- ☐ Han causado la muerte del paciente
- ☐ No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave
- ☐ No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave

4 ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DEL EVENTO:

Recibió medicamentos post-vacunales: ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es Sí, mencionar cuales fueron: -
Que tiempo después de recibir la vacuna presentó el evento:
☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 12 horas ☐ más de 24 horas

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA (incluyendo medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terapias alternativas, etc.)

Medicamentos	Dosis, vía y frecuencia de administración	Fecha de inicio (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción

6 OBSERVACIONES (resultados de laboratorio y otros)

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
RECIBIDO
Por: [Firma]
Fecha: 19/5/25 Hora: 9:05

Notificador (profesión): Médico ☐ Farmacéutico ☐ Enfermera ☒
Nombre de notificador: Nedilka Macías Registro: -
Instalación de Salud: Policlínica de Nuevo San Juan
Provincia o región de salud: Colón
Correo electrónico: nedilka@css.gob.pa Teléfono: 603 55603
Firma: Nedilka Macías Fecha de notificación: -
Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@css.gob.pa pero luego debe igualmente enviar el formulario original. También puede enviarlo al CIFV-CSS en el Edificio 519 Clayton, segundo piso oficina 51 (tel. 513-1039 / 513-1081). Recuerde que en lugar de este formulario está disponible la plataforma de notificación en línea, Noti-Facedra (<https://www.notificacentroamerica.net>)

19/5/25

SERVICIO DE URGENCIAS

HOJA DE ATENCION

REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS DE SALUD

Nombre: Melineth Asprilla Rodriguez Cédula: 3.721.2286
 Edad: 36 Años ☐ Meses ☐ Dias S.S. NO
 Fecha de Nacimiento: 12/08/83 (d/m/a) Sexo: ☐ M ☒ F
 Dirección: San Juan, El Morillo Corregimiento: San Juan
 Ocupación: Maestra Lugar de Trabajo:
☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Pensionado ☐ Sin documentos
 Persona responsable: Maria Clara (madre) Teléfono: 6524 3521
☒ Demanda espontánea ☐ Riesgo Profesional ☐ Caso Político ☐ Sospecha de Violencia Intrafamiliar
 Referido: ☐ Ambulancia ☐ Clínica Privada ☐ Institucional

MEDICO DE TRIAGE

Hora del Triage: a.m. p.m.

Motivo de Consulta:

Signos Vitales: Peso: Kgs T° °C FC 76 x min FR x min T/A mm Hg
 SatO2 97 % Glasgow: O: M: Total: Hemoglucotest mg/dl

Código: ☐ Azul ☐ Rojo ☐ Amarillo ☐ Verde ☐ Negro

Tratamiento inicial: ☐ NO ☐ SI (especifique)

Responsable: Firma/sello

HISTORIA CLINICA

Hora de atención: 11:57 a.m. p.m. * Paciente con dolor de abdomen
de origen de neuromuscular, hipotónico
influye

Antecedentes Personales Patológicos: ☐ No ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ IRC B-20

Otros:

Medicamentos: Insulina

Antecedentes Quirúrgicos ☐ No ☒ Si (especifique) Cesárea

Alergias a Medicamentos: ☒ No ☐ Penicilina ☐ Sulfas ☐ AINES/ASA ☐

Otras:

Examen Físico dirigido: Alerta, consciente, orientado, full

Neurológico: Pares
CC: Buena control y aliv de aus, y dolor - P/S normal
PE: B/o dolor todo PIV (hijito: fcs, fcs) no en
no se le da - Gato - Neurológico: Show 10/10

IMPRESION DIAGNOSTICA:

(1) Dolor abdominal inespecífico

☒ BHC

☒ Glicémico

☒ Urinálisis

Otros:

Exámenes de Gabinete:

☒ EKG
☒ RX
☐ USG
☐ CAT

Manejo Terapéutico:

☐ Área Crítica

☐ Trauma

☐ Inhaloterapia

☐ Consultorio

☐ Observación

*Desfibrilador 2 on IV 100 J
- Insulina
- LPR 500/100 75 en 30 minutos*

INTERCONSULTAS:

Hora de consulta

Especialidad

Horario de Respuestas y Recomendaciones

Observaciones:

*U/A con creatinina de 1.2.
Paciente se encuentra bien. (Se le quiere
dejar)*

DIAGNÓSTICO FINAL:

Prescripción:

*Olme 2 hipertensiones
D Exigolona 100 mg
D Atenolol 50 mg*

CIE 10
CIE 10

EGRESO

☒ 1

Egreso a casa con recomendaciones: Horas:

20:00 a.m. 22:00 p.m.

Fecha:

☐

Traslado: Hora:

a.m.
p.m.

Medio:

Destino:

Motivo:

☐

Hospitalización (Servicio):

☐

Referido

☐

Riesgo Profesional

☐

Consulta Externa

☐

Violencia

☐

Epidemiologi.

☐

Incapacidad

Horas

Días

Nombres del medico

1.

2.

Firma/sello



CAJA DE SEGURO SOCIAL
POLICLINICA NUEVO SAN JUAN
LABORATORIO CLÍNICO



NOMBRE: ASPRILLA RODRIGUEZ, YALINETH YATZURY

RECEPCIÓN DE MUESTRA: 14/05/2025 17:38:50 pm

CEDULA: 3-721-2286

MEDICO: DIAZ YAHAYRA

EDAD: 36 Años

PROCEDENCIA: POLICLINICA NUEVO SAN JUAN

SEXO: FEMENINO

SERVICIO: CUARTO DE URGENCIAS

TELEFONO:

SALA:

EMAIL:

OBSERVACIONES:

URINALISIS

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA	RESULT. ANT.
URINALISIS IQ				
COLOR	* Ambar		Amarillo	
ASPECTO	* Turbio		Claro	
DENSIDAD RELATIVA	1.022		1.000 - 1.030	
PH	5.0		5.0 - 7.0	
ERITROCITOS	* NEG		Negativo	
LEUCOCITOS	Negativo		Negativo	
CETONAS	* NEG		Negativo	
PROTEINAS	* 100 mg/dL mg/dL		Negativo	
BILIRRUBINA	* NEG		Negativo	
GLUCOSA	Negativo		Negativo	
UROBILINOGENO	Normal		Normal	
NITRITO	Negativo		Negativo	
LEUCOCITOS MIC	6 /CPA	/CPA	0.00 - 5.00	
BACTERIAS	* No se observa	/CPA	1+	
CEL EPITELIAL ESCAMOSA	6 /CPA	/CPA	0.0 - 5.0	
MUCOSIDAD	1+	/CPA	1+	
CRISTAL OXALATO CALCICO	53 /CPA	/CPA		
CILINDRO GRANULAR	7 /CPB	/CPA		


Linda, Sara Artola
Tecnólogo Médico
Reg. 2530
Firma: Sara Artola

Tecnólogo Médico: SARA ARTOLA

Registro: 2530

Fecha de Validación: 14/05/2025 01:12:26 pm.



CAJA DE SEGURO SOCIAL
POLICLINICA NUEVO SAN JUAN
LABORATORIO CLÍNICO



NOMBRE: ASPRILLA RODRIGUEZ, YALINETH YATZURY

RECEPCIÓN DE MUESTRA: 14/05/2025 01:07:41 pm.

CEDULA: 3-721-2286

MEDICO: DIAZ YAHAYRA

EDAD: 36 Años

PROCEDENCIA: POLICLINICA NUEVO SAN JUAN

SEXO: FEMENINO

SERVICIO: CUARTO DE URGENCIAS

TELEFONO:

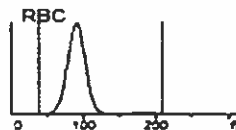
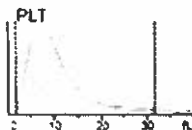
SALA:

EMAIL:

OBSERVACIONES:

HEMATOLOGÍA

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA	RESULT. ANT.
HEMOGRAMA COMPLETO				
LEUCOCITOS	9.88	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 13.50	
NEUTROFILOS #	6.71	$\times 10^3/\text{mm}^3$	2.00 - 7.50	
LINFOCITOS #	2.48	$\times 10^3/\text{mm}^3$	1.00 - 4.00	
MONOCITOS #	0.42	$\times 10^3/\text{mm}^3$	0.20 - 1.00	
EOSINOFILOS #	0.24	$\times 10^3/\text{mm}^3$	0.00 - 0.50	
BASOFILOS #	0.03	$\times 10^3/\text{mm}^3$	0.00 - 0.20	
IMG #	0.22	$\times 10^3/\text{mm}^3$	0.00 - 0.04	
NEUTROFILOS %	67.90	%	50.00 - 75.00	
LINFOCITOS %	25.10	%	18.00 - 42.00	
MONOCITOS %	4.30	%	1.00 - 10.00	
EOSINOFILOS %	2.40	%	0.00 - 5.00	
BASOFILOS %	0.30	%	0.00 - 2.00	
IMG %	2.20	%	0.00 - 0.90	
ERITROCITOS	4.06	$\times 10^6/\text{mm}^3$	3.80 - 5.80	
HEMOGLOBINA	12.00	g/dL	11.50 - 14.00	
HEMATOCRITO	* 36.10	%	37.00 - 47.00	
VCM	89.00	fL	80.00 - 100.00	
HCM	29.50	pg	27.00 - 32.00	
CHCM	33.20	g/dL	32.00 - 36.00	
RDW-CV	13.50	%	11.00 - 15.00	
RDW-SD	43.40	fL	35.00 - 56.00	
PLAQUETAS	296	$\times 10^3/\text{mm}^3$	150 - 450	
VPM	10.30	μm^3	6.50 - 12.00	
PDW	16.10	%	15.00 - 17.00	
PCT	0.31	%	0.15 - 0.50	
NRBC #	0.000	$\times 10^3/\mu\text{L}$		
NRBC %	0.00	%		
IMAGEN	IMG			



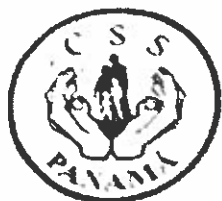
Gráficas de analizador


Melany Dorman
Tecnólogo Médico
Caja de Seguro Social
N.º 2228

Tecnólogo Médico: MELANY DORMAN

Registro: 2228

Fecha de Validación: 14/05/2025 12:54:54 pm.



CAJA DE SEGURO SOCIAL
POLICLINICA NUEVO SAN JUAN
LABORATORIO CLÍNICO



NOMBRE: ASPRILLA RODRIGUEZ YALINETH YATZURY

RECEPCION DE MUESTRA: 14/05/2025 01:07:41 pm

CEDULA: 3-721-2286

MEDICO: DIAZ YAHAYRA

EDAD: 36 Años

PROCEDENCIA: POLICLINICA NUEVO SAN JUAN

SEXO: FEMENINO

SERVICIO: CUARTO DE URGENCIAS

TELEFONO:

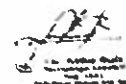
SALA:

EMAIL:

OBSERVACIONES:

QUÍMICA

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA	RESULT. ANT.
TASA DE FILTRACION GLOMERULAR ESTIMADA	82	mL/min/1.73 m2		
GLUCOSA	95	mg.dL	74 - 106	
CREATININA	0.93	mg.dL	0.55 - 1.02	
NITROGENO DE UREA	14	mg.dL	8 - 20	
SODIO	137	mEq.L	136 - 145	
POTASIO	3.93	mEq.L	3.50 - 5.10	
CLORURO	105	mEq.L	98 - 107	



Tecnólogo Médico: MIKE RUIZ

Registro: 1831

Fecha de Validación: 14/05/2025 01:22:50 pm.