



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

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

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

1. DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: Elyhan Alexis Vergara Gamenigo
Cédula: 7-721-15623
S.: 7-712-1211
Edad: 3
Sexo: M
Peso: 14kg
Talla:
Signos Vitales: PA FC FR T°
Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.
Alergias, ¿a qué? Tabaquismo, frecuencia Renal GI
Embarazo, semanas Diabetes Cardiaco Piel
Alcohol, frecuencia HTA Respiratorio Neurológico
Drogas, ¿Cuál? Hepático Hematológico Otros: especifique

2. DATOS DEL MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)
Table with 8 columns: 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.
Row 1: Influenza, Muslo, 1, 30-5-25, Sanofi, UB666AA, -
Row 2: JH, -

3. SOSPECHA DE EVENTO(S) ADVERSO(S):
Eventos
[ ] Reacción alérgica [ ] Lipotimia o flacidez [ ] Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)
[ ] Reacción anafiláctica [ ] Neumonía [ ] Irritabilidad
[ ] Fiebre [ ] Trombocitopenia [ ] Exantema
[ ] Absceso [ ] Episodio de Hipotonía [ ] Otras (especifique):
Fecha de inicio del evento: 30-5-25 Fecha de finalización del evento: 30-5-25
Consecuencia de la reacción
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: B

¿Considera Usted que los eventos que comunica...
[ ] Han puesto en peligro la vida [ ] Han causado defecto o anomalía congénita
[ ] Han sido la causa de hospitalización [ ] Han causado la muerte del paciente
[ ] Han prolongado la estancia en el hospital [ ] No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave
[ ] Han originado incapacidad persistente o grave [ ] No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave
meritó tratamiento: Sí [ ] No [ ] En caso afirmativo, especifique:

ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DEL EVENTO:
Recibió medicamentos post-vacunales: [ ] Sí [ ] No
su respuesta es Sí, mencionar cuales fueron: Doxiferinamina
4mg I.V. + SSN 300ccpp I.V.
Que tiempo después de recibir la vacuna presentó el evento:
[ ] menos de 1 hora [ ] 1 a 12 horas
[ ] >12 a 24 horas [ ] más de 24 horas

OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA (incluyendo medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terapias alternativas, etc.)
Table with 4 columns: Medicamentos, Dosis, vía y frecuencia de administración, Fecha de inicio (Si el tratamiento es crónico indíquelo), Fecha de término, Diagnóstico que motiva la prescripción.

OBSERVACIONES (resultados de laboratorio y otros)
Notificador (profesión): Médico [ ] Farmacéutico [ ] Enfermera [ ]
Nombre de notificador: Karen Nieto
Registro: 9021
Instalación de Salud: ULAPS-Guarara
Provincia o región de salud: Los Santos
Correo electrónico: knieto@css.gob.gt Teléfono: 684-7320
Firma: de Nieto 9021 Fecha de notificación:
Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@css.gob.gt pero luego debe igualmente enviar el formulario original. También puede enviárselo al CIPV-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.notificacientoamerica.net)

RECIBIDO
18/6/25 Hora: 1:05

19/6/25