



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

CLFV-PSITDO-05  
COD. 4-02-0008-01  
Imp. CASESO  
ESAVI-1751-25

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

**1. DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre: Auz Benilda Ballesteros Vega Cédula: 7-91-15065-6-708-3254 Edad: 48 Sexo: F Peso:      Talla:     

Signos Vitales: PA      FC      FR      T°     

Antecedentes de importancia; marque la que corresponda.

- |                                                                 |                                                   |                                       |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Alergias, ¿a qué? <u>No</u> | <input type="checkbox"/> Tabaquismo, frecuencia   | <input type="checkbox"/> Renal        | <input type="checkbox"/> GI                                                |
| <input type="checkbox"/> Embarazo, semanas                      | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Cardíaco     | <input type="checkbox"/> Piel                                              |
| <input type="checkbox"/> Alcohol, frecuencia                    | <input checked="" type="checkbox"/> HTA <u>Si</u> | <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Neurológico                                       |
| <input type="checkbox"/> Drogas, ¿Cuál?                         | <input type="checkbox"/> Hepático                 | <input type="checkbox"/> Hematológico | <input checked="" type="checkbox"/> Otros: especifique <u>Osteoporosis</u> |

**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
1. <u>Neumococo 23</u>	<u>MSI - IM</u>	<u>#1</u>	<u>7-8-25</u>	<u>Merck-GUA</u>	<u>9028637</u>		<u>Inmunización</u>
2.							

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

Eventos

- |                                                       |                                                |                                                                                         |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Reacción alérgica | <input type="checkbox"/> Lipotimia o flacidez  | <input checked="" type="checkbox"/> Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento) |
| <input type="checkbox"/> Reacción anafiláctica        | <input type="checkbox"/> Neumonía              | <input checked="" type="checkbox"/> Irritabilidad                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre            | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia       | <input type="checkbox"/> Exantema                                                       |
| <input type="checkbox"/> Absceso                      | <input type="checkbox"/> Episodio de Hipotonía | <input type="checkbox"/> Otras (especifique): <u>    </u>                               |

Fecha de inicio del evento: 8-8-25

Fecha de finalización del evento:     

**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: C

**Considera Usted que los eventos que comunica...**

- |                                                                        |                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Han puesto en peligro la vida                 | <input type="checkbox"/> Han causado defecto o anomalía congénita                                  |
| <input type="checkbox"/> Han sido la causa de hospitalización          | <input type="checkbox"/> Han causado la muerte del paciente                                        |
| <input type="checkbox"/> Han prolongado la estancia en el hospital     | <input type="checkbox"/> No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave           |
| <input type="checkbox"/> Han originado incapacidad persistente o grave | <input checked="" type="checkbox"/> No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave |

Ameritó tratamiento: Sí  No  En caso afirmativo, especifique: Clorfeniramina IV

**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  
 >12 a 24 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
<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>

**RECIBIDO**

**6. OBSERVACIONES** resultados de laboratorio y otros:

      
Hora: 9:00 am  
Fecha:     

Notificador (profesión): Médico  Farmacéutico  Enfermera

Otros:      Nombre de notificador: Irmina Pineda Registro: 10381

Instalación de Salud: Hol. San Juan de Dios - La Villa

Provincia o región de salud: Los Santos

Correo electrónico:      Teléfono:     

Firma:      Fecha de notificación: 12-8-25

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: [farmacovigilancia@css.gob.pa](mailto:farmacovigilancia@css.gob.pa) pero luego debe igualmente enviar el formulario original. También puede enviarlo 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.notificacentroamerica.net>)

**RECIBIDO**

**Dra. Irmina Pineda**  
Medicina General  
REG. 10381

## Notificación de ESAVi CLFV-PSJDD-05

Morales, Yariela del Carmen

lun 18/8/25 8:49 a.m.

Para: Farmaco Vigilancia <farmacovigilancia@css.gob.pa>;

Cc: Guanti S., Odalis Del C. <oguantis@css.gob.pa>; Quintero Girón, Yanoris Maythee <yanquintero@css.gob.pa>; Polo Bonilla, Erika <erpolo@css.gob.pa>; Hernández, Orquidea <ohernandez@css.gob.pa>;

📎 1 dato adjunto

IMG\_20250818\_084313.jpg;

**Buenos días Farmacovigilancia:**

Se adjunta por este medio el formulario de ESAVi CLFV-PSJDD-05, relacionado al evento adverso supuestamente atribuible a la vacuna o inmunización de la vacuna Neumococo 23, Lote Y018637, registro sanitario 77903.

La paciente fue citada para evaluación por el Comité Local de farmacovigilancia para ampliar información el día 25 de agosto de 2025.

**Saludos:**

Dra. Yariela Del C. Morales  
Reg. 6977  
Policlínica San Juan de Dios