



SUPERINTENDENCIA DE
REGULACIÓN SANITARIA

Formulario de Notificación de ESAVI

Macroproceso: Nombre Macroproceso

Proceso: Nombre Proceso

Subproceso: Nombre Subproceso

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ESAVI

I. REPORTE DEL EVENTO

Título del reporte (*): <u>vacuna varicela y Hep. A</u>	
Forma de detección del caso:	Esponánea ☐ Búsqueda activa ☐ Rumor ☐ Noticia ☐ Comentario ☐
	Reporte Estado ☐ Otro ☒ Especifique: <u>madre llevó a consulta a odontólogo hijo mayor.</u>
Tipo de evento:	ESAVI ☐ Ineficacia de vacuna ☐ Error Programático ☒ Vacuna falsificada/fraudulenta ☐
	Uso Off-label ☐ Exposición ☐ Falsa de vacuna ☐ Ninguno ☒
Evento grave (serio):	Si ☐ No ☒
Razón de Gravedad:	Hospitalizado/prolongadamente ☐ Amenaza de vida ☐ Anomalías congénitas/ muerte fetal ☐
	Aborto ☐ Discapacidad ☐ Muerte ☐ Ninguno ☒
Otra condición médica importante:	

donde solicito vacuna pendiente de llevarla para el niño menor. que se le había de pab fecha. 10/3/25.

II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Nombre del notificador:	<u>Erla Yanira Rodriguez</u>	Profesión:	<u>Licenciada en Salud H. Infantil</u>
Especialidad Médica:			
Teléfono (*):	<u>75700461</u>	Correo electrónico:	<u>earlsv@hotmail.com</u>
Clasificación del notificador:	Referente de Farmacovigilancia ☐ Médico consultante ☐ Farmacéutico ☐ Otro: ☐		
Unidad efectora (institución):	<u>Unidad Médica Atlapatl</u>		
Nombre del establecimiento:	<u>Instituto Salvadoreño del seguro social</u>		

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

JAMV		Josselin Alejandra		Martinez Vasquez.	
Initiales	Nombres (*)		Apellidos (*)		
El Salvador	San Salvador	Ciudad Dgda	San Salvador		
	Departamento	Municipio	Distrito		
Col. Saprisa Km 5 + 172 Carretera	Karen Josselin Vasquez				
Dirección completa		Troncal Nte. Nat		Si es menor de edad, nombre de la persona responsable	
Teléfono (*):	<u>75994695</u>	Edad (*):	<u>1</u>	Años:	<u>6</u>
Fecha de nacimiento:	<u>5/9/123</u>	Peso (kilos):	<u>24.6 lb</u>	Talla (cm):	<u>76 cm</u>
Embarazada:	Si ☐ No ☒	Edad gestacional (semanas):		Lactando:	Si ☐ No ☒ Exclusiva ☐
Condiciones médicas relevantes del embarazo:					

IV. HISTORIA CLÍNICA

Fecha de consulta/detección del Evento:	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>	Fecha de ingreso:	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>
Reacción(es) o evento(s) presentado(s) (*):				No hubo ningún ingreso			
Fecha de inicio del evento ESAVI:				no hubo ningún ESAVI			
Condición actual del paciente:				sano			
En proceso de recuperación o resolviéndose				No recuperado/ No resuelto			
Diagnóstico clínico:				No. Expediente:			
Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido: <u>Madre lleva a su niña a control 193m el 12/1/25 en ese tiempo de pron</u>							
esta, razón de vacaciones de fin de año y citas largas, pero en esa ocasión la niña estaba en forma de problemas respiratorio por lo que se decidió que pasara consulta con medicina y le repogramaron cita hasta el 5/3/25. madre exigio vacunas, ya que ella había llevado hija en la fecha. pero por estar enferma repetitiva mente. no se le había cumplido.							
Acción tomada ante la reacción o el evento:							
Descripción de la acción tomada:							
<u>Se llama a madre del paciente para saber de la salud de la niña, madre expresa que no a presentado ningún efecto secundario.</u>							
Fecha de resolución de la reacción o evento:							

V. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

Enfermedades de base preexistentes al momento de presentarse el ESAVI, reacción o evento:	
Desnutrición severa ☐	Diabetes ☐
Epilepsia ☐	Obesidad Mórbida ☐
HTA ☐	TB ☐
VII-SIDA ☐	
EPOC ☐	IRC ☐
Malformación Congénita ☐	Hepatopatías ☐
Cardiopatía ☐	Alergia ☐
Otro: ☐	
Enfermedad autoinmune, ¿Cuál?: <u>Ninguno</u>	
Medicación concomitante, tratamiento con esteroides sistémicos > 10 días o con otros inmunosupresores: ¿Cuales?:	
Historia de ESAVI o eventos previos a dosis anteriores de vacunas aplicadas: No ☒ Si ☐	
¿Qué tipo de reacción y cual vacuna?:	
Antecedentes familiares de reacciones adversas a vacunas en hermanos, padres, abuelos: No ☒ Si ☐	
¿Qué tipo de reacción y cual vacuna?:	

I. REPORTE DEL EVENTO

Título del reporte (*): Varicela y Hep. A

Forma de detección del caso: Consulta ☐ Búsqueda activa ☐ Rumor ☐ Noticia ☐ Comentario ☐ Reporte Estudio ☐ Otro ☒ Búsqueda pasiva ☐ Vacuna falsificada/fraudulenta ☐ Error programático ☒ Ineficacia de vacuna ☐ Uso off-label ☐ Exposición ☐ Ninguno

Tipo de evento: ESAVI ☐ Evento serio: Si ☐ No ☒

Razón de seriedad: Hospitalizado/prolongadamente ☐ Amenaza de vida ☐ Anomalías congénitas ☐ Discapacidad ☐ Muerto ☐ Otra condición médica importante ☐ Ninguna

Madre llevo a odontología a hijo mayor donde solicito vacuna pendiente de niño menor. que se había dejado fecha de aplicación 10/13/25. en la U.M.A.

II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Nombre del notificador: Erla Yanira Rodriguez Profesión: Licenciada en Salud Materno Infantil

Teléfono (*): 75700461 correo electrónico (*): earlsv@hotmail.com

Clasificación del notificador: Referente de farmacovigilancia ☐ Médico consultante ☐ Farmacéutico ☐ Otro ☒

Unidad Efectora: Unidad Medica Atlacatl

Nombre del establecimiento/institución: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

JAMV Josselin Alejandra Martinez Vasquez

Iniciales El Salvador Nombres (*) San Salvador Apellidos (*) ciudad Delgado

País de Residencia El Salvador Departamento San Salvador Municipio ciudad Delgado

Dirección Completa Col. Sapriisa Km 5. 172 Carretera troncal de Nte. N°7 Madre: Karen Josselin Vasquez

Teléfono: 75794695 Sexo (*): Masculino ☐ Femenino ☒ Edad (*) 1 Años 6 Meses

Días 5 Fecha de Nacimiento: 9/12/23 Peso: 24.61 (libras o kilos) Talla: 76 (centímetros)

Embarazada: Si ☐ No ☒ ; edad gestacional (semanas): _____

Condiciones médicas relevantes del embarazo: _____

IV. HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Consulta / Detección del Evento: ____/____/____ Fecha de Ingreso: ____/____/____

Reacción(es) o evento(s) presentado(s) (*): Ninguno

Fecha de inicio del evento o ESAVI: ____/____/____ Hora de Inicio del evento o ESAVI: ____:____:____

Condición actual del paciente: Recuperado/resuelto sin secuelas ☐ Recuperado/resuelto con secuelas ☐ Cual?: _____

En proceso de recuperación o resolviéndose ☐ No recuperado/no resuelto ☐ Fallecido ☐ Desconocido ☐

Diagnóstico clínico: paciente sano No. Expediente: 29 79939 96

Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido: Madre Asistió al control 123m en ese tiempo niña estuvo enferma Repetitivamente de problemas Respiratorios lo cual se posponía Vacunas correspondientes - fecha que le habían dejado control 17/11/25 por la vacuna Fin de año se reprogramo cito hasta 5/3/25 - que tenía 123m madre exigía vacunas pendientes. NO EXISTE ESAVI.

Acción tomada ante la reacción o el evento: Tratamiento terapéutico ☐ Seguimiento médico/observación del paciente ☐

Descripción de la acción tomada: No hubo ningún tratamiento, ya que no presentó ESAVI por vacunas aplicadas Fuera de la edad, estipulado por lineamientos. Nacional Se le llamo a madre, para consultar presencia de algún efecto de vacuna.

Fecha de resolución de la reacción o evento: ____/____/____ después de información del caso.

V. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

Enfermedades de base preexistentes al momento de presentarse el ESAVI, reacción o evento:

Desnutrición Severa ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Obesidad mórbida ☐ HTA ☐ TB ☐ VIH-SIDA ☐ EPOC ☐

IRC ☐ Malformación Congénita ☐ Hepatopatías ☐ Cardiopatía ☐ Alergia ☐ Otro: Ninguno

Enfermedad autoinmune, ¿Cuál?: _____