



Macroproceso: Nombre Macroproceso  
 Proceso: Nombre Proceso  
 Subproceso: Nombre Subproceso

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ESAVI

**I. REPORTE DEL EVENTO**

Título del reporte (\*): Error Programático. N° reporte: \_\_\_\_\_

Forma de detección del caso: Espontánea  Búsqueda activa  Rumor  Noticia  Comentario   
 Reporte Estudio  Otro  Especifique: Consejería Materna.

Tipo de evento: ESAVI  Ineficacia de vacuna  Error Programático  Vacuna falsificada/fraudulenta   
 Uso Off-label  Exposición  Falla de vacuna

Evento grave (serio): Si  No

Razón de Gravedad: Hospitalizado/prolongadamente  Amenaza de vida  Anomalías congénitas/ muerte fetal   
 Aborto  Discapacidad  Muerte   
 Otra condición médica importante: \_\_\_\_\_

**II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR**

Nombre del notificador: Debora Abigail Rosales García. Profesión: Licda. en Enfermería.  
 Especialidad Médica: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\*): 7710-5246 Correo electrónico: debora-rosales1@hotmail.com  
 Clasificación del notificador: Referente de Farmacovigilancia  Medico consultante  Farmacéutico  Otro: Referente de vacuna  
 Unidad efectora (institución): Hospital Materno Infantil 1° de Mayo.  
 Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

**III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Iniciales: KACG Nombres (\*): Katicia Abigail Apellidos (\*): Cartagena de Guillen.  
 País de residencia: El Salvador Departamento: San Salvador Municipio: Apopa Distrito: San Salvador Oeste.  
 Dirección completa: Urb. El Alamo, Pj. A, C#6, Apopa, S.S. Si es menor de edad, nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\*): 75860514 Sexo (\*): Masculino  Femenino  Edad (\*): 30 Años: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: 26 08 1994 Peso (kilos): 98.4 kg Talla (cm): 1.57  
 Embarazada: Si  No  Edad gestacional (semanas): 28 Lactando: Si  No  Exclusiva   
 Condiciones médicas relevantes del embarazo: \_\_\_\_\_

**IV. HISTORIA CLINICA**

Fecha de consulta detección del Evento: 11 07 2025 Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
 Reacción(es) o evento(s) presentado(s) (\*): Ninguno  
 Fecha de inicio del evento ESAVI: N/A Hora de inicio del evento o ESAVI: N/A  
 Condición actual del paciente: Recuperado/resuelto  Recuperado/resuelto con secuelas  Cual: \_\_\_\_\_  
 En proceso de recuperación o resolviéndose  No recuperado/ No resuelto  Fallecido  Desconocido

Diagnóstico clínico: Embarazo de 28 semanas + Hipotiroidismo No. Expediente: 117943543  
 Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido: Se aplica vacuna Td en intervalo corto entre vacunas, previamente el 03-06-25 se aplica vacuna Tdpa y se aplica Gravida 2, tuvo a su bebe el año 2023 refiere que cumplió esquema de vacunación completo.  
 Acción tomada ante la reacción o el evento: Tratamiento terapéutico:  Seguimiento médico/observación del paciente   
 Descripción de la acción tomada: Se reporta a Farmaco vigilancia.  
 Fecha de resolución de la reacción o evento: 20 07 2025

**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: Hipotiroidismo.  
 Enfermedad autoinmune, ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 Medicación concomitante, tratamiento con esteroides sistémicos > 10 días o con otros inmunosupresores: ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_  
 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?: \_\_\_\_\_



Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

**VI. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE U OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS**

Fecha de realización	Tipo de muestra	Examen o prueba realizado	Resultados

Autopsia, resultado: \_\_\_\_\_

Fecha de egreso/ Alta:          /          Fecha de muerte/ defunción:          /         

**VII. VACUNAS CONCOMITANTES APLICADAS**

Nombre de vacuna	No de Lote	Vía de administración	Sitio anatómico de administración	Dosis	Fecha de Vencimiento	T° de conservación	Laboratorio fabricante
Td	2226005243	JM	Deltoidea	0.5ml	Feb. 2027	3.6°C	Biological E. Limited

**VIII. INFORMACIÓN DE LA VACUNA SOSPECHOSA RELACIONADA AL ESAVI O EVENTO**

Número de registro sanitario de la vacuna: \_\_\_\_\_ Nombre comercial (\*): Td.

Número de dosis: 1ra  2da  3ra  4ta  5ta  1er refuerzo  2do refuerzo

Sitio anatómico de administración: Brazo izquierdo  Brazo derecho  Brazo no especificado  Muslo derecho   
 Muslo izquierdo  Muslo no especificado  Oral  Otro

Dosis de vacuna (ml): 0.5 ml Temperatura de conservación de la vacuna (frigorífico): 3.6

Lugar donde fue vacunado: Hospital  Unidad de salud  Clínica privada  Puesto de vacunación  Domicilio

Nombre y dirección del establecimiento: Hospital 1° de Mayo, Calle Arce

Marco de aplicación de la vacuna: Cumplimiento del Esquema de Vacunación  Durante campaña  Viajero  Otros   
 Indicación médica  ¿Cuál indicación médica? \_\_\_\_\_

Vía de administración: Oral  Intradérmico  Subcutáneo  Intramuscular  Otro

Fecha de vacunación: 16/06/25 Hora de vacunación: 10:30 am

Tiempo transcurrido entre vacunación y apareamiento del ESAVI: Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Hrs \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: Intervalo entre vacunas muy corto.

Laboratorio fabricante: Biological E. Limited Número de lote (\*): \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: 01/02/2027

Recurso vacunador: Enfermera  Técnicos de enfermería  Tecnólogo materno infantil  Promotor de salud   
 Médico  Otros  Especificar: \_\_\_\_\_

¿Se resguardo el frasco del biológico involucrado o un frasco del mismo lote? Si  No

Total, de vacunas aplicadas del frasco en mención: \_\_\_\_\_

Total, de vacunas aplicadas por establecimiento: \_\_\_\_\_

**IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL ESAVI**

Evento relacionado con la vacuna  Evento coincidente con la vacuna  Evento no concluyente

Reacción relacionada a ansiedad por la inmunización  Error programático

Diagnóstico clínico final: \_\_\_\_\_

Licda. Debora Abigail Rosales Garcia  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 J.V.P.E. No. A-11700

Firma y sello del notificador