



SUPERINTENDENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA

Formulario de Notificación de ESAVI

Macroproceso	Nombre Macroproceso
Proceso	Nombre Proceso
Subproceso	Nombre Subproceso

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ESAVI

Título del reporte (*):	Reporte de sospecha de ESAVI	Nº reporte:	
Forma de detección del caso:	Espontanea <input checked="" type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Rumor <input type="checkbox"/> Noticia <input type="checkbox"/> Comentario <input type="checkbox"/> Reporte Estudio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique:		
Tipo de evento:	ESAVI <input checked="" type="checkbox"/> Ineficacia de vacuna <input type="checkbox"/> Error Programático <input type="checkbox"/> Vacuna falsificada/fraudulenta <input type="checkbox"/> Uso Off-label <input type="checkbox"/> Exposición <input type="checkbox"/> Falla de vacuna <input type="checkbox"/>		
Evento grave (serio):	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Razón de Gravedad:	Hospitalizado/prolongadamente <input type="checkbox"/> Amenaza de vida <input type="checkbox"/> Anomalías congénitas/ muerte fetal <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Otra condición médica importante:		

Nombre del notificador:	Dr. Gustavo Domínguez Grimaldi	Profesión:	Medico
Especialidad Médica:	Pediatra		
Teléfono (*):	28900908	Correo electrónico:	gustavo.dominguez@iss.gov.sv
Clasificación del notificador:	Referente de Farmacovigilancia <input type="checkbox"/> Medico consultante <input checked="" type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Otro:		
Unidad efectora (institución):	Instituto Salvadoreño del Seguro Social		
Nombre del establecimiento:	Unidad Médica ISSS Santa Ana		

JSLB	Jonathan Stanley	Linares Barrientos	
Iniciales	Nombres (*)		Apellidos (*)
El Salvador	Santa Ana	Santa Ana Centro	Santa ana
Pais de residencia	Departamento	Municipio	Distrito
Colonia Lamatepec, pasaje 1 Zona D Casa #15		Stephanie Valeria Barrientos Loon	
Dirección completa		Si es menor de edad, nombre de la persona responsable	
Teléfono (*):	75754949	Sexo (*):	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Edad (*):
Fecha de nacimiento:	09/01/2024	Peso (kilos):	13.2
Embarazada:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Edad gestacional (semanas):	NO APLICA
		Lactando:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Exclusiva <input type="checkbox"/>
Condiciones médicas relevantes del embarazo:			

Fecha de consulta detección del Evento:	11/07/2025	Fecha de ingreso:	
Reacción(es) o evento(s) presentado(s) (*):	CELULITIS DE ANTEBRAZO DERECHO		
Fecha de inicio del evento ESAVI:	10/07/2024	Hora de inicio del evento o ESAVI:	9:00 AM
Condición actual del paciente:	Recuperado/resuelto <input type="checkbox"/> Recuperado/resuelto con secuelas <input type="checkbox"/> Cual: En proceso de recuperación o resolviéndose <input checked="" type="checkbox"/> No recuperado/ No resuelto <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico clínico:	No. Expediente: 112930475		
Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido: AFEBRIL, HAY EDEMA, ES HIPEREMIA DEL ANTEBRAZO DERECHO. NO PROBLEMA DE MOVILIDAD.-----			

Acción tomada ante la reacción o el evento:	Tratamiento terapéutico: <input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento médico/observación del paciente <input type="checkbox"/>
Descripción de la acción tomada:	
Prednisona de 5 mg 2 tab cada día por 5 días / Acetaminofén 5ml cada 6 horas	
Clorfeniramina 2.5 ml c 8 horas	
Betametasona al 1% aplicar 2 veces por día / recomendación de baños fríos en la zona. Consultar si no mejora y cita en una semana	
Fecha de resolución de la reacción o evento:	- - - Se desconoce debido a ausentismo del paciente a consulta de seguimiento.

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



SUPERINTENDENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA

Formulario de Notificación de ESAVI

Macroproceso	Nombre Macroproceso
Proceso	Nombre Proceso
Subproceso	Nombre Subproceso

¿Qué tipo de reacción y cual vacuna?:

Fecha de realización	Tipo de muestra	Examen o prueba realizado	Resultados
no realizado			

Autopsia, resultado: No aplica

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

Nombre de vacuna	No de Lote	Vía de administración	Sitio anatómico de administración	Dosis	Fecha de Vencimiento	T° de conservación	Laboratorio fabricante
No aplica							

INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Número de registro sanitario de la vacuna: _____ Se desconoce, por no estar en empaque primario Nombre comercial (*): SPR

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 Temperatura de conservación de la vacuna (frigorífico): +3

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

Nombre y dirección del establecimiento: Unidad médica de Santa Ana ISSS

Marco de aplicación de la vacuna: Cumplimiento del Esquema de Vacunación Durante campaña Viajero Otros
Indicación médica ¿Cuál indicación médica? 0.5ml

Vía de administración: Oral Intradérmico Subcutáneo Intramuscular Otro

Fecha de vacunación: 09/07/2025 Hora de vacunación: 8:40 am

Tiempo transcurrido entre vacunación y apareamiento del ESAVI: Meses 0 Días 2 Hrs 9 Minutos 0

Comentarios adicionales: _____

Laboratorio fabricante: Serum Institute, India Número de lote (*): 0133M11013 Fecha de caducidad: 31/05/2026

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

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

Total, de vacunas aplicadas del frasco en mención: 1

Total, de vacunas aplicadas por establecimiento: 5

CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO

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: Sospecha de reacción alérgica por ESAVI

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Firma y sello del notificador

Lic. Emerson Orlando García Velásquez
QUÍMICO FARMACÉUTICO
MISC. JVPQF No. 2310

Dr. Gustavo José Domínguez Grimaldi
DOCTOR EN MEDICINA
J. V. P. M. No. 1857

UNIDAD MÉDICA-ISSS
SANTA ANA
PEDIATRIA