



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 (*):		Error programático	Nº reporte:
Forma de detección del caso:	Espontánea <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: monitoreo de tabuladores
Tipo de evento:	ESAVI <input type="checkbox"/>	Ineficacia de vacuna <input type="checkbox"/>	Error Programático <input checked="" 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:			
II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR			
Nombre del notificador:	Ingrid Vanessa Colindres	Profesión:	Licenciada en Enfermería
Especialidad Médica:			
Teléfono (*):	7213-0980	Correo electrónico:	vacunacion.umatl@iss.gov.sv
Clasificación del notificador:	Referente de Farmacovigilancia <input type="checkbox"/>	Medico consultante <input type="checkbox"/>	Farmacéutico <input checked="" type="checkbox"/> Otro: responsable del área de vacunación
Unidad efectora (institución):	Instituto Nacional del Seguro Social		
Nombre del establecimiento:	Unidad Medica Atlacatl		
III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
G.V.H.H	Gabriela Valentina	Herrera Hernadez	
Iniciales	Nombres (*)	Apellidos (*)	
El Salvador	san salvador	Apopa	San salvador, oeste
País de residencia	Departamento	Municipio	Distrito
colonia San Sebastian, colonia los almendros, apopa.s.		Estyefany Sofia Herrera Cerna	
Dirección completa		Si es menor de edad, nombre de la persona responsable	
Teléfono (*):	71377246	Sexo (*):	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:	10 08 2021	Edad (*):	cuatro Años: 0 Mes: 4 Dias:
Embarazada:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Peso (kilos):	18,00 Talla (cm): 100,00
Edad gestacional (semanas):		Lactando:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Exclusiva <input type="checkbox"/>
Condiciones médicas relevantes del embarazo:			
IV. HISTORIA CLINICA			
Fecha de consulta detección del Evento:	10 08 2025	Fecha de ingreso:	Día Mes Año
Reacción(es) o evento(s) presentado(s) (*):	Error programático, administración de vacuna en edad inadecuada		
Fecha de inicio del evento ESAVI:	Día Mes Año	Hora de inicio del evento o ESAVI:	
Condición actual del paciente:	Recuperado/resuelto <input type="checkbox"/>	Recuperado/resuelto con secuelas <input checked="" type="checkbox"/>	Cuat:
En proceso de recuperación o resolviéndose <input type="checkbox"/>		No recuperado/ No resuelto <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico clínico:	No. Expediente: 195957835		
Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido:			
El día 14/08/25 se aplico vacuna Hexavalente en M.S. Izquierdo, madre refirió que la niña no había presentado ningún malestar en sitios de aplicación de la vacuna.			
Acción tomada ante la reacción o el evento:	Tratamiento terapéutico: <input type="checkbox"/>	Seguimiento médico/observación del paciente <input checked="" type="checkbox"/>	
Descripción de la acción tomada:			
Desde el momento que se identifico el error programático se ha estado monitoreando a la niña a través de los padres quienes informan hasta este día no ha presentado anomalías.			
Fecha de resolución de la reacción o evento:	Día Mes Año		
V. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES			
Enfermedades de base preexistentes al momento de presentarse el ESAVI, reacción o evento:			
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?:			
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 type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
¿Qué tipo de reacción y cual vacuna?:			

