



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 programatico N°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: <b>monitoreo de tabuladores</b>
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@issss.gob.sv
Clasificación del notificador:	Referente de Farmacovigilancia <input type="checkbox"/> Medico consultante <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Otro: responsable del area de vacunación
Unidad efectora (institución):	Instituto Nacional del Seguro Social
Nombre del establecimiento:	Unidad Medica Atlacatl
III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
A.S.A.G.	Amari Sabrina Adrian Gonzalez
Iniciales	Nombres (*) Apellidos (*)
El Salvador	san salvador Ciudad Delgado San salvador,centro
País de residencia	Departamento Municipio Distrito
Barrio San Sebastián, pje la cruz, casa 36-B Kelin Sabrina Gonzalez Saravia	
Dirección completa Si es menor de edad, nombre de la persona responsable	
Teléfono (*): 60686848	Sexo (*): Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Edad (*): cuatro Años: un Mes: Dias:
Fecha de nacimiento: 11/7/21	Año: Año: Peso (kilos): 17,10 Talla (cm): 100,00
Embarazada: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	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:	18/8/25 Año: Año: Fecha de ingreso: Año: Año: Año:
Reacción(es) o evento(s) presentado(s) (*):	error programatico, por administracion de vacuna en edad inadecuada
Fecha de inicio del evento ESAVI:	Hora de inicio del evento o ESAVI:
Condición actual del paciente:	Recuperado/resuelto <input type="checkbox"/> Recuperado/resuelto con secuelas <input type="checkbox"/> Cual: 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: 108890570
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 presentó leve malestar en sitio de aplicación y fiebre.	
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?:	

