



SERVICIO EPIDEMIOLOGIA TELF.: 968 36 20 39 - FAX: 968 36 66 56
Ronda de Levante, 11. 30008 MURCIA

EN EL AREA DE SALUD DE CARTAGENA TELF.: 968 32 66 66
EN EL AREA DE SALUD DE LORCA TELF.: 968 46 83 00

DATOS RELATIVOS A LA SEMANA QUE FINALIZO EL SABADO _____ de _____ de 20__

NOMBRE DEL CENTRO _____

TIPO DE ENFERMEDAD	N.º CASOS	TIPO DE ENFERMEDAD	N.º CASOS
Tuberculosis Respiratoria <input type="checkbox"/>		Enfermedad Meningocócica <input type="checkbox"/>	
Meningitis Tuberculosa <input type="checkbox"/>		Otras Meningitis <input type="checkbox"/>	
Otras Tuberculosis <input type="checkbox"/>		Infección Gonocócica <input type="checkbox"/>	
Legionelosis <input type="checkbox"/>		Sífilis <input type="checkbox"/>	
Hepatitis A <input type="checkbox"/>		Sífilis Congénita <input type="checkbox"/>	
Hepatitis B <input type="checkbox"/>		Fiebre Exantemática Mediterránea <input type="checkbox"/>	
Otras Hepatitis Víricas <input type="checkbox"/>		Brucelosis <input type="checkbox"/>	
Fiebres Tifoideas y Paratifoidea <input type="checkbox"/>		Triquinosis <input type="checkbox"/>	
Disentería Bacilar <input type="checkbox"/>		Corbunco <input type="checkbox"/>	
Toxinfeción Alimentaria <input type="checkbox"/>		Leishmaniasis <input type="checkbox"/>	
Sarampión <input type="checkbox"/>		Rabia <input type="checkbox"/>	
Rubéola <input type="checkbox"/>		Lepra <input type="checkbox"/>	
Rubéola Congénita <input type="checkbox"/>		Paludismo <input type="checkbox"/>	
Parotiditis <input type="checkbox"/>		Tifus Exantemático <input type="checkbox"/>	
Tos Ferina <input type="checkbox"/>		Peste <input type="checkbox"/>	
Tétanos <input type="checkbox"/>		Cólera <input type="checkbox"/>	
Tétanos Neonatal <input type="checkbox"/>		Fiebre Amarilla <input type="checkbox"/>	
Difteria <input type="checkbox"/>		Botulismo <input type="checkbox"/>	
Poliomielitis <input type="checkbox"/>		SIDA (*) <input type="checkbox"/>	
Brotos epidémicos de cualquier etiología <input type="checkbox"/>		Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas <input type="checkbox"/>	

(*) Utilizar cuestionario Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Declaración Individualizada
 Declaración urgente, además de individualizada

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre y apellidos _____ N.º Colegiado/a: _____

FIRMA

Fecha notificación / /



APELLIDOS Y NOMBRE _____

Fecha nacimiento / / Edad años Sexo Varón Mujer

Profesión/colegio _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Municipio _____

ENFERMEDAD _____ Fecha primeros síntomas / /

N.º Historia clínica _____ Fecha ingreso hospitalario / /

Base del Diagnóstico Clínico Radiológico Laboratorio

Otro _____

DATOS DEL LABORATORIO

Microbiología positiva negativa no practicado

Resultados _____

Serología/Bioquímica positiva negativa no practicado

Resultados _____

Otros datos de interés epidemiológico (si procede)

Vacunación previa SÍ N.º dosis _____ NO Desconocida

¿Presenta documento de vacunación? SÍ NO

Mecanismo de transmisión/Factores de riesgo _____

Otros (medidas de control adoptadas) _____

Observaciones _____

En caso de fallecimiento reseñar fecha de la defunción / /

Médico declarante _____ n.º colegiado/a _____

Centro _____ Fecha notificación / /

Firma