



**FORMULARIO INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CASO DE ROTAVIRUS.
HOSPITAL SAN JOSÉ DE CORONEL**

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre completo(*): _____	
Nacionalidad: _____	
RUN(*): _____	Sexo(*): <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Fecha de nacimiento (*): ____ - ____ - ____ Edad(*): ____ (años) ____ (meses)	
Domicilio(*): Calle _____ Nº _____ Depto: _____	
Comuna(*): _____ Consultorio(*): _____	
Alimentación(*): <input type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva <input type="checkbox"/> Lactancia mixta <input type="checkbox"/> Lactancia artificial <input type="checkbox"/> Alimentación variada	Asiste a jardín infantil(*): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del jardín(*): _____ Comuna(*): _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Nº ficha clínica(*): _____	
Fecha de inicio de la diarrea(*): ____ - ____ - ____	
Fecha de término de la diarrea(*): ____ - ____ - ____ Se ignora <input type="checkbox"/> Egresó con diarrea <input type="checkbox"/>	
Fecha de hospitalización(*): ____ - ____ - ____ Fecha de alta(*): ____ - ____ - ____	

TRATAMIENTO

Tratamiento recibido al ingreso hospitalario(*): <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C	
Complicaciones(*): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Sí	

INFORMACIÓN DE LABORATORIO

Fecha toma de muestra(*): ____ - ____ - ____ Se desconoce <input type="checkbox"/> Sin toma de muestra <input type="checkbox"/>	
---	--

CLASIFICACIÓN FINAL(*)

<input type="checkbox"/> Caso aislado <input type="checkbox"/> Brote
--

RESPONSABLE POR LA INFORMACIÓN(*)

Nombre: _____	
Teléfono: _____ Correo: _____	
Fecha de inicio de la investigación: ____/____/____	

(*) Datos obligatorios