

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO CON TOMA DE MUESTRA EN CENTRO CENTINELA DE
DIARREA EN MENORES DE 5 AÑOS**

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre y Apellidos(*): _____

Nacionalidad: _____

RUN(*): _____ Sexo(*): ___ Mujer ___ Hombre

Fecha de nacimiento(*): ___ - ___ - ___ Edad(*): ___ (años) ___ (meses)

Domicilio(*): Calle _____ N° _____ Depto: _____

Comuna(*): _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

N° ficha clínica: _____

INFORMACIÓN DE LABORATORIO

Fecha toma de muestra(*): ___ - ___ - ___

Fecha envío ISP(*): ___ - ___ - ___

(*) Datos obligatorios