

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA PARA VIGILANCIA DE INFLUENZA EN PACIENTE AMBULATORIO  
Y QUE REQUIEREN TRATAMIENTO ANTIVIRAL**

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA

**DEFINICION DE CASO DE NUEVA INFLUENZA A (H1N1)**

**Persona que consulta por enfermedad respiratoria tipo influenza (ETI):**  
**FIEBRE  $\geq$  38,5° C axilar + TOS**  
**Y**  
algunos de los siguientes síntomas:  
**mialgias, dolor de garganta, cefalea y rinorrea o congestión nasal.**

**1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos Paterno y Materno: \_\_\_\_\_  
R.U.T.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ SEXO: Fem  Masc  Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses  
COMUNA: \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_  
Escolar SI  NO  Establecimiento educacional: \_\_\_\_\_  
Institución cerrada: SI  NO  (hogares, cárceles, regimientos, otros) Nombre institución: \_\_\_\_\_  
Fecha consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha inicio síntomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tratamiento antiviral SI  NO   
Fecha inicio tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Antiviral: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICACION DEL MEDICO QUE INDICA EL ANTIVIRAL**

Nombres y Apellidos Paterno y Materno: \_\_\_\_\_  
R.U.T.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RCM: :: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ FONO \_\_\_\_\_  
FIRMA: \_\_\_\_\_ TIMBRE \_\_\_\_\_

**PRESENTAR ESTA FICHA JUNTO CON LA RECETA MEDICA DE ANTIVIRAL AL MOMENTO DE RETIRAR EL MEDICAMENTO.**

**SE DEBE ENVIAR VIA MAIL A EPIDEMIOLOGÍA SEREMI RESPECTIVA<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Mails Seremis:**

notificación\_arica@minsal.cl;  
notificación\_iquique@minsal.cl;  
notificación\_antofagasta@minsal.cl;  
notificación\_atacama@minsal.cl;  
notificación\_coquimbo@minsal.cl;  
notificación\_valparaiso@minsal.cl;  
notificación\_ohiggins@minsal.cl;  
notificación\_maule@minsal.cl;

notificación\_biobio@minsal.cl;  
notificación\_araucañia@minsal.cl;  
notificación\_losrios@minsal.cl;  
notificación\_loslagos@minsal.cl;  
notificación\_aysen@minsal.cl;  
notificación\_magallanes@minsal.cl;  
notificación\_rm@minsal.cl;