

**VIGILANCIA DE SINDROME FEBRIL AGUDO**  
**SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO**  
**(Para 2° y 3° Muestras)**

B2

**DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) \_\_\_\_\_  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Urbano ( ) Rural ( ) Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**SOSPECHA CLINICA**

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Diagnóstico sospechoso:** (colocar n° de orden) **Paludismo** ( ) **Fiebre Amarilla** ( ) **Leptospirosis** ( )  
**FHA** ( ) **Hantavirus** ( ) **Flavivirus-SLE-WEN** ( ) **Rubéola** ( ) **Rickettsiosis** ( ) **Dengue** ( )  
**Chikungunya** ( ) **Zika** ( ) **Otro:** \_\_\_\_\_

**PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS**

Fecha extracción de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2° muestra: ( ) 3° muestra: ( )

Tipo de muestra: Suero ( ) LCR ( ) Gota gruesa y frotis ( ) Otra: \_\_\_\_\_

Establecimiento notificador: \_\_\_\_\_

Tel/fax: \_\_\_\_\_

Firma. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_