

Formulario para Casos de Ciguatera

Merlin Número de caso: _____ Número de Condado: _____ Investigador: _____

DETALLES DE PERFIL

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre del padre/ guardián: _____

Género: Masculino Femenino Desconocido
Nacimiento (mm/dd/aa): _____ Fallecimiento (mm/dd/aa): _____
Raza: Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático/ Islas del Pacífico Negro Blanco Otro Desconocido

Etnia: Hispano No Hispano Desconocido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono de la Casa: _____ Otro Teléfono: _____ Teléfono de Emergencia: _____

INFORMACIÓN DEL CASO

Importado: Adquirido en la FL Adquirido en EU, no en la FL Adquirido fuera de EU Desconocido Origen: _____

Brote de enfermedad: Asociado con un brote Esporádico Desconocido

ID del Brote: _____

Clasificación del caso: Primario Secundario Desconocido

Entidad que reporta: _____ Nombre de la entidad que reporta: _____

INFORMACIÓN

Estatus de enfermedad: Confirmado Probable Sospechoso Desconocido Fecha de Inicio (mm/dd/aa): _____

Seguimiento: Entrevistado Investigado, no entrevistado No investigado Fecha del reporte de laboratorio (mm/dd/aa): _____

Resultado Final: Fallecimiento Enfermo al tiempo del reporte Recuperado Desconocido

Fecha de diagnóstico (mm/dd/aa): _____

Hospitalizado: Si No Desconocido Fecha de reporte (mm/dd/aa): _____

Profilaxis: Si No Desconocido N/A Fecha de comienzo de investigación (mm/dd/aa): _____

¿El paciente visitó al departamento de emergencias por esta enfermedad? Sí No Desconocido

EMPLEO SENSITIVO

Jardín Infantil: No Asistió Empleado Desconocido

Compañía: _____ Última Fecha de asistencia (mm/dd/aa): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación: No Manipulador de Alimentos Trabajador de Salud Desconocido

Compañía: _____ Última Fecha de asistencia (mm/dd/aa): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre de Proveedor o centro médico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____

Si estuvo hospitalizado, cuáles fechas: _____

RESUMEN DE INTOXICACION

Fecha de consumo del pescado implicado (mm/dd/aa): _____ ¿A qué hora fue consumido el pescado? (AM/PM): _____

¿Cuándo empezaron los síntomas? (mm/dd/aa): _____ ¿A qué hora empezaron los síntomas? (AM/PM): _____

Tipo de pescado consumido: Medregal Barracuda Mero Hogfish

Mahi-Mahi Pargo Otro: _____ Desconocido

¿De dónde vino el pescado?: Restaurante Super Mercado Cosechado Recreacionalmente Amigo

Otro: _____ Desconocido

Nombre del vendedor/ restaurante: _____ Ubicación: _____

Fecha de la pesca (mm/dd/aa): _____ Longitud del pescado: _____ (pulgadas) Desconocido

Peso del Pescado: ____ (libras) Desconocido Ubicación: _____ Ubicación de GPS: _____

¿Cómo sabía el pescado?: Bueno Malo Desconocido ¿Fue consumido con alcohol?: Sí No Desconocido

Parte del pescado consumido: _____

Cantidad de pescado consumido: _____ (onzas; 2 onzas= tamaño de una chequera)

¿Hay sobra del pescado?: Sí No Desconocido

¿El pescado fue enviado para examen de ciguatera?: Sí No Desconocido

Si sí, adónde: _____ ¿Enviado por quién?: _____

¿Hay resultados?: Si No Desconocido

¿Cuáles fueron los resultados? (Por favor adjunte resultados en documentos del caso): Positivo Negativo Desconocido

El pescado fue compartido: Sí No Desconocido Si otros comieron pescado, nombre e información de contacto para esas personas: _____

Número de personas que consumieron el pescado y que se enfermaron: _____

REVISION DE SINTOMAS

- | | | |
|---|--|---|
| (1) <input type="checkbox"/> Náusea | (10) <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | (19) <input type="checkbox"/> Falta de deseo sexual |
| (2) <input type="checkbox"/> Vómito | (11) <input type="checkbox"/> Ritmo Cardíaco Lento | (20) <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| (3) <input type="checkbox"/> Diarrea | (12) <input type="checkbox"/> Ritmo Cardíaco Rápido | (21) <input type="checkbox"/> Mareo |
| (4) <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | (13) <input type="checkbox"/> Picazón | (22) <input type="checkbox"/> Temblor/ convulsión |
| (5) <input type="checkbox"/> Inversión de caliente y frio | (14) <input type="checkbox"/> Erupción | (23) <input type="checkbox"/> Dificultades Visuales |
| (6) <input type="checkbox"/> Estremecimiento/entumecimiento de manos y pies | (15) <input type="checkbox"/> Sabor metálico | (24) <input type="checkbox"/> Pérdida de Apetito |
| (7) <input type="checkbox"/> Estremecimiento/entumecimiento boca/lengua/dientes | (16) <input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria | (25) <input type="checkbox"/> Pérdida de Coordinación |
| (8) <input type="checkbox"/> Dolor Articular | (17) <input type="checkbox"/> Dolor/ dificultad para orinar | (26) <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar |
| (9) <input type="checkbox"/> Dolor Muscular | (18) <input type="checkbox"/> Dolor durante coito/ relaciones sexuales | (27) <input type="checkbox"/> Insomnio |

¿Hubo otros síntomas que no fueron enumerados?: _____

¿Qué síntoma fue la queja principal?: _____

¿Hubo síntomas tardíos?: Sí No

Si sí, ¿cuáles? _____

INFORMACIÓN MEDICA

Tipo de visita (hospitalización/ambulatorio): _____ Fecha de visita: _____ Fecha de alta: _____

Diagnosticado con Ciguatera: Sí No Desconocido Paciente recibió tratamiento médico: Sí No Desconocido

Si sí, ¿cuál fue el tratamiento? Manitol Desconocido Otro: _____

¿Dónde se recibió el tratamiento (nombre de centro médico)? _____

¿El paciente ha tenido ciguatera antes? Sí No Desconocido Si sí, ¿hace cuantos años? _____

¿Tienes alergias o sensibilidades? Sí No Desconocido Si sí, describe: _____

¿El paciente fue expuesto a insecticidas o herbicidas? Sí No Desconocido

Si sí, ¿qué tipo? _____

Si sí, ¿adonde? _____ Fecha: _____

Entrevistador: _____ Fecha: _____

Comentarios Adicionales: _____

Origen de la remisión: _____