

NOTIFICACION MEDICA OBLIGATORIA (LEY N° 15.465)



AREA OPERATIVA Nº: SEMANA Nº: DESDE/...../..... HASTA/...../..... AÑO:

APELLIDO Y NOMBRE	Codificación Apellido (3) Nombre (1)	FECHA DE NACIMIENTO			Sexo V.(1) M.(2)	RESIDENCIA HABITUAL			Código de Diagnóstico	Embarazada	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo - Número	OBS: Dx Clinico, Laborat. Antecedente Vacunación	
		DIA	MES	AÑO		AO	Departamento	Localidad - Domicilio Paraje o Sector				F.I.S.	

EVENTOS DE NOTIFICACION INDIVIDUAL

TRANSMISIBLES				NO TRANSMISIBLES		CRONICAS PROV. y OTRAS		Establecimientos que no notificaron (cantidad y motivo):		
1.-DERMATOLOGICAS	◆ Supuración Genital Gonoc.	6.-MENINGO-ENCEFALITIS	◆ Paludismo	ENVENENAMIENTO x A. Ponzoñ.		◆ Diabetes				
◆ Lepra	◆ SIDA	◆ Meningitis-Encefalitis	9.-ZONÓTICAS	◆ Ofidismo		◆ Cáncer				
2.-GASTROENTERICAS	◆ Infección por VIH	7.-RESPIRATORIAS	◆ Brucelosis	◆ Aracnoidismo		◆ Enfermedad Celíaca				
◆ Botulismo	5.-INMUNOPREVENIBLES	◆ Gripe Humana Nvo Subtipo	◆ Carhunco Humano	◆ Escorpionismo		◆ Chancro blando				
◆ Tifoidea y Paratifoidea	◆ Coqueluche	◆ Tuberculosis	◆ Encefalopatía Espongiforme	TRANSMISIBLES BAJO RSI		◆ Herpes Genital		Vigilante Epidemiológico del A.O.		
◆ Toxo-infección. Aliment.	◆ Difteria	8.-VECTORIALES	◆ Fiebre Hemorrágica Arg.	◆ Fiebre Amarilla		◆ Granuloma Inguinal				
◆ Síndrome Uremico Hemol.	◆ Poliomielitis: PAF <15 años	◆ Chagas	◆ Hantavirrosis	◆ Peste		◆ Condiloma Acuminado				
◆ Triquinosis	◆ Parotiditis	◆ Dengue ◆ ZIKA	◆ Hidatidosis	◆ Tifus Epidémico		◆ Micosis Profundas				
3.-HEPATITIS VIRALES	◆ Rubéola	◆ Fiebre Chikungunya	◆ Leptospirosis	◆ Cólera		◆ H.A.C.R.E.		Firma		