SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
FICHA HEPATITIS B, C Y COINFECCION HEPATITIS B Y DELTA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de Información Sivigila
Ficha de notificación individual
Datos básicos
FOR – R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD				Razón social de la unidad primaria generadora del dato
Departamento	Municipio	Código	Sub - Indice	

1.2 Nombre del evento	HEPATITIS B, C Y COINFECCION HEPATITIS B Y DELTA	Codigo de evento	340	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)	23/04/2025 3:12:00 p. m.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento
☐ RC ☐ TI ☑ CC ☐ CE ☐ PA ☐ MS ☐ AS ☐ PE ☐ CN ☐ CD ☐ SC ☐ DE ☐ PT

2.2 Numero de Identificación: 1012349549

2.3 Nombres y Apellidos del paciente: VERONICA MEDINA

2.4 Teléfono: 3232145938

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad *	2.7 Unidad de medida de la edad *	2.8 Nacionalidad *
29/12/1988 7:19:51 a. m.	36 Años / 3 Meses / 23 Días	☑ 1. Años ☐ 3. Días ☐ 5. Minutos ☐ 2. Meses ☐ 4. Horas ☐ 0. No aplica	Colombiana Código 170,0000

2.9 Sexo *
☐ M. Hombre ☑ F. Mujer ☐ I. Indeterminado

2.10 Identidad de género
☐ 1. Hombre ☐ 3. Hombre trans ☐ 5. Otra
☑ 2. Mujer ☐ 4. Mujer trans **Cuál otra?**

2.11 Orientación sexual
☑ 1. Heterosexual ☐ 3. Bisexual **Cuál otra?**
☐ 2. Gay/Lesbiana ☐ 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *	2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia *			2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *
Colombia País	CUNDINAMARCA - BOGOTA	11,0000 Departamento	001 Municipio	☑ 1. Cabecera municipal ☐ 3. Rural disperso ☐ 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso	2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso		2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso	2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia
BOSA BRASIL	110711110711 Código 0,0000		11	Código BOGOTA

2.19 Ocupación del paciente *	2.20 Tipo de régimen en salud *	2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *
Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior Código 0,0000 VENEDORA DESDE SU HOGAR.	☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☐ E. Especial ☑ S. Subsidiado ☐ I. Indeterminado/ pendiente	EPS FAMISANAR Código

2.22 Pertenencia Ètnica *
Grupo ètnico
☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Raizal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano ☑ 6. Otro

2.23 Estrato: 2,0000

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☑ Gestantes Semanas de gestación 16,0000 ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada
☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente
☑ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com.
☐ 2. Búsqueda activa Inst. ☐ 5. Investigaciones
☐ 3. Vigilancia Intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente
Colombia, Cundinamarca/Bogotá

País	Departamento	Municipio
170	11	001

3.3 Dirección de residencia: KR 87 D 51 39 SUR BOSA BRASIL

3.4 Fecha de consulta: 15/03/2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas: 15/02/2025

3.6 Clasificación inicial de caso
☐ 1. Sospechoso ☑ 3. Conf. por laboratorio ☐ 5. Conf. nexo epidemioló
☐ 2. Probable ☐ 4. Conf. Clínica

3.7 Hospitalizado
☐ *SI* ☑ *NO*

3.8 Fecha de hospitalización:

3.9 Condición final
☑ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ *0. No sabe, no responde*

3.10 Fecha de defunción:

3.11 Número certificado de defunción:

3.12 Causa básica de muerte:

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha: INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES

3.14 Teléfono: 3206270408

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso
☐ 0. No aplica ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 6. Descartado ☐ D. Descartado por error de digitación
☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 5. Conf. nexo epidemiológico ☐ 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa):

Correos: sivigila@ins.gov.co

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de Información Sivigila
Ficha de notificación individual - Datos complementarios
Cod INS 340. Hepatitis B,C y coinfección hepatitis B y Delta
FOR – R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
VERONICA MEDINA	CédulaCiudadanía	1012349549

5. CLASIFICACIÓN DEL CASO

5.1 Con base en las definiciones de caso vigentes en el protocolo de vigilancia, este caso se clasifica como:

- ☐ 1 Paciente con resultado positivo para HBs Ag a clasificar
- ☐ 2 Hepatitis B aguda
- ☑ 3 Hepatitis B crónica
- ☐ 4 Hepatitis B por transmisión materno infantil
- ☐ 5 Hepatitis Coinfección B-D
- ☐ 6 Hepatitis C

6. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

6.1 Poblaciones y factores de riesgo

- ☐ Hijo de madre con HBs Ag (+) o diagnóstico de hepatitis C
- ☑ Más de un compañero sexual
- ☐ Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
- ☐ Bisexual
- ☐ Antecedentes de transfusión de hemoderivados
- ☐ Usuarios de hemodiálisis
- ☐ Trabajador de la salud
- ☐ Accidente laboral
- ☐ Trasplante de órganos
- ☐ Personas que se inyectan drogas
- ☐ Convive con persona con HBs Ag (+)
- ☐ Contacto sexual con persona con diagnóstico de hepatitis B o C
- ☐ Recibió tratamiento de acupuntura
- ☐ Antecedente de procedimiento estético
- ☑ Antecedente de piercing/tatuaje

6.2 Modo de transmisión más probable

- ☐ 1 Materno infantil
- ☐ 2 Horizontal
- ☑ 3 Parental/Percutánea
- ☑ 4 Sexual

6.3 Donante de sangre

- ☐ 1 SI
- ☑ 2 No

6.4 Momento en el que fue diagnosticada con HB:

- ☑ 1 Previo a la gestación/consulta preconcepcional
- ☐ 2 Durante la gestación
- ☐ 3 En el momento del parto
- ☐ 4 Posterior al parto

6.5 Semanas de gestaciòn	6.6 Vacunación previa con Hepatitis B?	6.7 Número de dosis	6.8 Fecha última dosis (dd/mm/aaaa)	6.9 Fuente
16,0000	☐ 1 Sí ☑ 2 No	0,0000		☐ 1 Carné o PAI web ☐ 2 Verbal ☑ 3 Sin dato

7. DATOS CLÍNICOS

7.1. Signos y síntomas

- ☐ 1 Si
- ☑ 2 No

7.2 ¿Presenta alguna de las siguientes complicaciones?

- ☐ 1 Falla hepática fulminante
- ☐ 2 Cirrosis hepática
- ☐ Carcinoma hepático
- ☐ 4 Síndrome febril ictérico
- ☑ 5 Ninguna

7.3 Coinfección VIH

- ☐ 1 Sí
- ☑ 2 No

8. DIAGNÓSTICO DE TRANSMISION MATERNO INFANTIL

8.1 Nombres y apellidos de la madre (aplica solo para transmisión materno infantil)	8.2. Tipo de ID*	8.3. Número de identificación

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | PT: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

8.4 Aplicación de la vacuna contra la hepatitis B al recién nacido

- ☐ 1 Primeras 12 horas
- ☐ 2 13 a 24 h
- ☐ 3 Más de 24 h
- ☐ 5 No aplicación

8.5 Aplicación de gamaglobulina/inmunoglobulina contra la hepatitis B al recién nacido

- ☐ 1 Primeras 12 horas
- ☐ 2 13 a 24 h 2
- ☐ 3 Más de 24 h
- ☐ 4 Sin dato
- ☐ 5 No aplicaron

9. DATOS DE LABORATORIO

9.1 Fecha toma de examen (dd/mm/aaaa)	9.2 Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	9.3 Muestra	9.4 Prueba	9.5 Agente
21/03/2025 3:21:00 p. m.	21/03/2025 3:21:00 p. m.	1	51	12

9.6 Resultado	9.7 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)	9.8 Valor
11	27/03/2025 3:22:00 p. m.	0.2

Marque así		
	Muestra	1. Sangre total | 4. Tejido |13. Suero
	Prueba	26. HBsAg | 30 Patología | 50. AntiVHD | 51 Anti-HBc IgM | 93 Anti-HBc Totales | 95 Anti VHC | A4 Carga viral | B5 Pruebas genotípicas | D0 Inmunoensayo
	Agente	12 Hepatitis B | 45 Hepatitis delta | 46 Hepatitis C |

Correos: sivigila@ins.gov.co