Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

INVESTIGACION DE CAMPO FICHA TECNICA DE LA VISITA

2. DATOS DE EL PACIENTE

FECHA DE LA VISITA	20 Octubre 2025
HORA DE LA VISITA	5 pm
LUGAR DE LA VISITA	Calle 1 # 433 Salda Manizales
INSTITUCION QUE REALIZA LA VISITA	Unidad de Salud publica
PROFESIONAL QUE REALIZA LA VISITA EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO	Johana Sanchez Rios
NOMBRE COMPLETO	Leidy Yuliana Henao Gallego
EDAD	34 Años
GENERO	Femenino
ESTADO CIVIL	1007736575 Soltera
IDENTIFICACION	1007736575
ETNIA	Ninguna
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno
TIPO DE AFILIACION AL SGSSS	Nueva EPS Contributivo
ENTIDAD	Nueva EPS
NIVEL EDUCATIVO DEL PACIENTE	Segundo primaria
LUGAR DEL RESIDENCIA	Arauca
DESPLAZAMIENTO ULTIMOS 30DIAS	NO
LUGAR DE PROCEDENCIA	Arauca
TELEFONO	3209070954
TELEFONO DE FAMILIAR MAS CERCANO	3103945956
CONDICION FINAL	Vivo
FECHA DE INICIO DE SINTOMAS	18 - Octubre 2025
AUTOMEDICADO	NO
FECHA DEFUNCION	
NUMERO CERTIFICADO DEFUNCION	

3. DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISA

Nombre completo	Leidy Yuliana Henao Gallego
Numero de documento	1007736575
Parentesco	
Edad	34 Años
Número de teléfono 1	3209070954
Numero de teléfono 2	3103945956

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

4. SITIO DE TRABAJO DEL PACIENTE SI APLICA : Aguacatera Cartama finca la Aurora vereda la Guaira.

Descripción del lugar de trabajo:

Oficios varios

Cuanto tiempo llevaba en el trabajo:

4 Años

Descripción de las actividades específicas del trabajo:

Oficios varios

Trabajo de alto riesgo Si_No X	**Exposición a sustancias químicas Si_No X**	**Requería uso o no de elementos de proteccion personal Si_No X Uso adecuado de estos Si_No**
Horas días diarias de trabajo: 8horas	**Exposición a sustancias biológicas**	Ninguna

PERMANECENCIA DEL USUARIO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO					
Trabajo X		Colegio o escuela		Casa de otro familiar	
Otro lugar		¿Cual?			
Dirección 1	Calle 1 # 933 Salida Manizales				
Dirección 2					
Dirección					
Desplazamientos recientes a otros municipios o departamentos		NO		Lugar visitado	

5. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

PATOLÓGICOS DESCRIBA QUE ENFERMEDADDES HA TENIDO O TIENE EL PACIENTE :	FECHA DE INCIO D ESINTOMAS Y DESCRIPCIÓN: 18 Octubre 2025
¿CURSO CON LA ENFERMEDAD DE COVID19? Si_ o No_X	FECHA DE INCIO D ESINTOMAS Y DESCRIPCIÓN:

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

Asintomático _ sintomático leve_ moderado , Severo _	FECHA DE INCIO D ESINTOMAS Y DESCRIPCIÓN:
ALERGIAS: Si_ o No_ Medicamentos, alimentos, sustancias químicas o biológicas	Describa:
QUIRURGICOS Si_ o No_	Describa:
*VACUNALES * El paciente ha tenido reacciones post vacunales.	Describa: Reación a la vacuna fiebre Amarilla bionanguinhos Lote: 323
Consume o está en contacto permanente con: Medicamentos o productos naturales, sustancias químicas ¿Cuáles?	Describa: NO
Consume o está en contacto permanente con: Alcohol Tabaco O sustancias alucinógenas	NO
Tiene hijos: Si_No_ ¿Cuantos? 2	2 hijos
FAMILIARES (Tener presente la presencia o no de cáncer o de enfermedad autoinmune como lupus, artritis reumatoidea Diabetes tipo I , esclerosis múltiple , enfermedad inflamatoria intestinal , otros)	Hipertensión
ENFERMEDADES CRONICAS DEL PACIENTE	Hipertensión
UPGD QUE CONSULTO Y ULTIMA FECHA	Hospital San Vicente de Paul HSVP
FECHA DE INICIO DE SINTOMAS	18 - Octubre 2025
FECHA DE CONSULTA	

5. CONVIVIENTES DOMICILIARIOS

CONVIVIENTES DOMICILIARIOS								
No.	Nombre y Apellidos	Parentesco	Ocupación	Etnia	Teléfono	Fecha de inicio de síntomas*	Fecha antecedente vacunal fiebre amarilla	Contacto con personas de alto riesgo **
1.	H. Consuelo Gallego Hama	Ama de casa	Ninguno		3103974556			
2.	Paula Andrea Henao Hernandez	Hogar	Ninguno		//			
3.	Yenni Alejandra Henao Hernandez	Hogar	Ninguno		//			
4.	Claudia Patricia Henao	Hermana	Hogar	Ninguno	//			

Jhon Alex Henao Henao hijo Estudia
Juan Diego Uribe Henao hijo permanece en casa

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

5.								

¡Personas en Riesgo

**Inicio de Síntomas* Similares al caso notificado*

*** Contacto con personas de alto riesgo ** con síntomas similares al caso notificado*

6. CONTACTOS FRECUENTES

CONTACTOS FRECUENTES								
No.	Nombre y Apellidos	Parentesco	Ocupación	Etnia	Teléfono	Fecha de inicio de síntomas*	Fecha antecedente vacunal fiebre amarilla	Contacto con personas de alto riesgo **
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Personas en Riesgo

**Inicio de Síntomas* Similares al caso notificado*

*** Contacto con personas de alto riesgo ** con síntomas similares al caso notificado*

7. CONDICIONES DE CONVIVENCIA

VIVIENDA	Propia Arrendo X Anti cres
MATERIAL	Madera X Material Tabla X otro
TECHOS	Zinc X Eternit Teja Otro
PISOS	Mineral Cerámica Madera X Otro
BAÑO	1 X 2 3 Dentro Fuera
CANTIDAD DE HABITACIONES	1 2 3 4 X
Número De Personas Que Habitan	10 personas
Servicios de energía	SI
Fuente de obtención de agua	Acueducto
Disposición de basuras	SI
Servicio De alcantarillado	SI
Residencia con limites de afluentes hídricos	NO
Residencia con límites de área boscosa	NO
Presencia de humedad	NO
Adecuada ventilación	SI
¿Cuenta con tanque de agua?	SI
¿Cuántas veces lavan el tanque?	Cada 2 dias
¿Qué otros recipientes contenedores de agua se observan en la vivienda?	NO

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

¿Presencia de larvas?	NO
¿Presencia de vectores?	NO
¿Usa toldillo?	NO
¿Usa repelente?	NO
¿Avistamiento de primates (micos, monos) muertos?	NO
¿Presencia de mosquitos del género Sabethes, y vector primario Haemagogus?	NO
Se identifico presencia de cucarachas y moscas	NO

8. Antecedentes epidemiológicos SI APLICA

¿Fecha probable de la picadura del vector? NO

¿Antecedentes de desplazamiento en los últimos 15 días a otros lugares? Vereda La Guaira

Recorrido especifico de movilización del paciente, donde, fechas

Salio del municipio de Anserma a las 5:30 am hacia la Guaira
En un recorrido en carro de 30 minutos

¿Qué signos y síntomas presento? (Descripción literal de lo que comenta el usuario)?

Dos horas despues de aplicada la vacuna
Refiere: inflamación facial, enrojecimiento, brote en cara y picazón, posterior a esto brote generalizado, dolor de cabeza, mareos, aumento de la presión Arterial.
Consulta al dia siguiente por Urgencias en donde administran, Dipirona, hidrocortisona, Dexametasona dan egreso con formula de, Ivermectina, Loxirtan x 50 mg y hidroclorotiazida de 25 mg, loratadina, prednisolona 50 mg, hidrocortisona 20 g.

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

FACTORES ASOCIADOS CON EL EVENTO	SI	NO
Previo a la ocurrencia del evento ¿La persona se encontraba sana y sin patologías?	X	hipertensión
Desplazamientos del caso durante los 7 a 30 días previos al inicio de síntomas (VIAJES)		X
¿Dónde y fecha?		
¿Contacto reciente con otros casos confirmados? ¿Hace cuánto? – NEXO EPIDEMIOLOGICO		X
¿Antecedentes de hospitalización? ¿Hace cuánto?		X
¿Antecedentes transfusionales? ¿Hace cuánto?		X

El paciente presentaba con frecuencia signos leves de enfermedad antes de la vacunación como :

Dolor de cabeza si_ no X
Malestar general si_ no X
Dolor muscular si_ no X
Rash o prurito generalizado si_ no_X
Nauseas si_ no X
Dolor de estómago si_ no X
Diarrea o estreñimiento si_ no X
Irritabilidad o dificultad para dormir si_ no X
Otros síntomas si_ no X ¿Cuales?

¿Qué signos y síntomas presenta o presentó durante la enfermedad? (Valoración clínica / Observación)?

Paciente que consulta el 19 octubre 2025 al servicio de urgencias manifestando que el dia 18 de octubre se administro la vacuna de fiebre Amarilla y a las 2 horas posterior a la vacunación presento reacion alergica en cara y 1 hora despues comenzo a presentar Erupción en el cuerpo como manchas rojas, paciente refiere no tener antecedentes de Alergia al huevo ni a otros componentes de vacunas y no reporta historial de Alergias Farmacologicas, Alimentarias o Ambientales hasta la fecha

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

SIGNOS Y SINTOMAS	Fecha inicio	Si / No	SIGNOS Y SINTOMAS	Fecha inicio	Si / No
Fiebre		NO	Dolor abdominal		NO
Dolor de cabeza	X		Vomito		NO
Dolor retroocular		NO	Diarrea		NO
Artralgias		NO	Somnolencia - irritabilidad		NO
Mialgias		NO	Desmayo - perdida conciencia		NO
Ictericia		NO	Hemorragias		NO
Inflamación de ganglios		NO	inflamación en cara		NO
Dificultad para respirar		NO	Inflamación extremidades		NO
Lesiones en piel y/o mucosas		NO	Otros		
Petequias		NO			

¿Antes de la aplicación de la vacuna como era el estado de salud?

Sano: X Síntomas Gripales: NO Fiebre: NO

Diarrea: NO Vomito: NO Otro: HTA

Sintomatología local

¿Se le puso duro el sitio de aplicacion?
SI _ NO_X

¿El sitio donde le aplicaron la vacuna estaba caliente?
SI _ NO_X

¿Presentó salida de algun tipo de liquido el lugar de la aplicación?
SI _ NO_X

Describa cómo era el liquido:
SI _ NO_X

¿Observó enrojecimeinto del sitio de aplicación? NO
X

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

¿Observó algún tipo de brote o salpullido en la zona de aplicación?
SI _ NO X

¿Presentó dolor al movimiento del brazo o pierna? NO

¿Observó inflamación el sitio de la aplicación? NO

OBSERVACIONES

Sintomatología sistémica SI V NO

¿Presentó fiebre? SI _ NO X

¿Le dio algún tratamiento para controlarla? SI X NO_

¿Convulsionó? SI _ NO X

OBSERVACIONES

Fecha de la vacunación 18 Octubre 2025

Carnet Si

Lugar de la vacunación Hospital San Vicente de Paul

Entidad vacunadora HSVP

Laboratorio 1

Lote de la vacuna 323

Clasificación del caso – Probable sitio donde pudo adquirir el evento investigado

País		Departamento	
Municipio		Vereda o corregimiento	
Casos autóctonos	0	Casos importados	

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

Focos de transmisión	Si____ No _____	Presencia de vectores	Si____ No ____
Institución hospitalaria Si____ No _____			
Datos de Georreferenciación			

Referente Departamental	
Clasificación del caso:	

ACCIONES EN COMUNIDAD

Tomaron muestras	Si____ No _____	**Que muestras tomaron**	
Lugar toma muestras		**Fecha toma de muestras**	
Fecha envío muestras LSP		**Observaciones**	

ACCIONES DE LABORATORIO

Tomaron muestras	Si____ No _____	**Que muestras tomaron**	
Lugar toma muestras		**Fecha toma de muestras**	
Fecha envío muestras LSP		**Observaciones**	
RESULTADOS			

Antecedente vacunal

Carnet de vacunación: se verifico Si X NO

Fecha de vacunación FA: 18 Octubre 2015

9. DESCRIPCIÓN DEL CASO (HACER UNA DESCRIPCION CRONOLÓGICA DE ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO EL O LA PACIENTE, Y DESDE CUANDO EMPEZÓ CON LA SINTOMATOLOGÍA, INCLUIR CONSULTAS REALIZADAS A IPS, CONTACTOS, RESULTADOS DE EXÁMENES, ETC.)

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

10. ENTORNO: (de acuerdo al sitio de residencia, describir cercanía a centro de salud y otros lugares frecuentados por el o la pacientes, vías de acceso a IPS, posibles factores de riesgo.)

11. ACCIONES DE IEC REALIZADAS

12. OBSERVACIONES CLINICAS: (condiciones generales de la paciente, uso de medidas de protección y como es su estado de ánimo).

FACTORES IDENTIFICADOS EN LA IEC

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Hipertension	

ACTIVIDADES EDUCATIVAS DESARROLLADAS

EDUCACION EN LA FAMILIA	EDUCACION EN LA COMUNIDAD

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Powered by CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRIOTIRAL DE SALUD DE CALDAS		CÓDIGO	
	PROCESO	GESTION EN SALUD	VERSIÓN	
	FORMATO	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO DE FIEBRE AMARILLA	FECHA	

Estado final del paciente

- [ ] Recuperado sin secuelas
- [ ] Recuperado con secuelas
- [ ] Muerte Fecha de defunción: ____/____/____

Línea de tiempo

Elaboró: Fecha y hora:
Revisado por: Fecha y hora:
Cargo:
Aprobado por: Fecha y hora:
Cargo:

Elaboró: Fecha y hora:
Revisado por: Fecha y hora:
Cargo:
Aprobado por: Fecha y hora:
Cargo:

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE ARANZAZU
DEPARTAMENTO DE CALDAS
NIT: 890.801142-4

FORMATO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA CAPACITACION O REUNION: Visita domiciliaria a Peticion adversa a la vacuna de Fiebre Amarilla FECHA: 20 octubre 2025 RESPONSABLE: Johana Sanchez Ros

NO	NOMBRE	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	Autorización Tratamiento de datos personales Ley 1581 de 2012 SI	Autorización Tratamiento de datos personales Ley 1581 de 2012 NO	FIRMA
1	Leidy Xuliana	1007736575	C/le 1 # 4-33	3204704454				Leidy Hevao
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

La Alcaldía Municipal de Aranzazu Caldas, se permite informar que a la fecha ha recolectado y procesado datos personales de terceros garantizando la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información para el desarrollo de sus funciones
(Anexo Políticas de Tratamiento de datos de la Alcaldía de Aranzazu)

Powered by CamScanner