



FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO PARA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES  
EVALUACION DE LA VIVIENDA Y TIPIFICACION DEL RIESGO

Fecha de Investigación: 01 / 04 / 2026 / Sem Epidemiológica: \_\_\_\_\_ Caso N° \_\_\_\_\_  
Evento: Dengue Sin Signos Departamento: Casanare Municipio: Yopal  
Barrio: Ciudadela del Corazón Sector: 12 Comuna V Vereda: \_\_\_\_\_

1. Datos Generales

Persona quien atiende la Visita: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: Jansen Morantes Alvarez  
Identificación: 1057590113 Edad: 33 Sexo: Masculino  
Dirección exacta Procedencia del caso: ca 42b # 15-52 Teléfono: 3213128618  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo o estudio: \_\_\_\_\_  
Municipio Atención: Yopal UPGD Atención: Hospital Central  
Régimen / EPS Sanitas N° de personas Convivientes: \_\_\_\_\_

2. Datos Específicos y determinación del caso

Fecha de Inicio de Síntomas 29-03-2026 Fecha de Consulta 31-03-2026 Duración de síntomas \_\_\_\_\_ Fiebre de inicio súbito: Si ☐ No ☒ Rash: Si ☐ No ☒  
Dolores Articulares: Si ☐ No ☒ Dolores musculares: Si ☐ No ☒ Edema o inflamación de miembros inferiores: Si ☐ No ☒ Edema o inflamación de miembros superiores: Si ☐ No ☒ Edema en Cuello o articulaciones: Si ☐ No ☒ Dolor Retrocular: Si ☐ No ☒ Ojos rojos: Si ☐ No ☒ Cefalea: Si ☐ No ☒  
Desplazamiento: en los últimos 15 días: Si ☐ No ☒  
Fecha: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_ Vereda: \_\_\_\_\_ Dirección Estuvo: \_\_\_\_\_  
Personas que Utilizan Toldillo: \_\_\_\_\_ Porcentaje de Utilización: \_\_\_\_\_ %  
No. De personas Febriles en los últimos 15 días: \_\_\_\_\_ Cuantos han Consultado: \_\_\_\_\_  
IPS de Atención: \_\_\_\_\_

3. Otros hallazgos

Se automedico Si ☐ No ☒ Medicamentos que ha tomado: \_\_\_\_\_  
Consulta en Droguería: \_\_\_\_\_ Nombre Droguería: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Durante la visita se encuentra: Tratamiento ☐ Enfermo ☐ Convaleciente ☐ Sano ☒  
Fallecido: ☐

4. Conformación del Hogar

| Nombres y Apellidos | Edad | Parentesco | Sintomático Febril: Si / No |
|---------------------|------|------------|-----------------------------|
| /                   |      | /          |                             |
|                     |      |            |                             |
|                     |      |            |                             |
|                     |      |            |                             |
|                     |      |            |                             |
|                     |      |            |                             |
|                     |      |            |                             |

5. Condiciones ambientales y Factores de Riesgo de la Vivienda sus Alrededores

Vivienda actual del paciente: Propia ☐ Alquilada ☐ Tiempo de estancia ☐ Hacinamiento ☐





Condiciones de la vivienda: Pisos ☐ Paredes ☐ Techos ☐ iluminación ☐ ventilación ☐  
 Servicios públicos: Agua potable ☐ Luz ☐ Alcantarillado ☐ Recolección de basuras ☐  
 N°. Depósitos de Agua en la Vivienda: Aéreos: ☐ Superficiales: ☐ Subterráneos: ☐  
 N° Depósitos de Agua Potable: ☐ N° Depósitos de Agua No Potable: ☐  
 Presencia de Aguas Inundables o aguas estancadas: Si ☐ No: ☐ Cuantos ☐  
 Presencia de bebedores de animales (gallinas, perros, cerdos, caballos, otros): Si ☐ No ☐  
 Presencia de Llantas: Si ☐ No: ☐ Presencia de Floreros, plantas acuáticas,  
 Dispensadores de agua: Si ☐ No: ☐ Presencia de Tarros, latas, botellas, tapas, juguetes,  
 desechables (expuestas en el ambiente) y/o cualquier elemento que puede acumular agua: Si ☐  
 No: ☐ Numero de Arboles: ☐ Presencia de áreas verdes: Si ☐ No: ☐  
 Número de Depósitos positivos encontrados en la vivienda: ☐  
 Angeos en ventanas: Si ☐ No ☐ Disposición adecuada de desechos sólidos: Si ☐ No ☐ presencia  
 de zanjas, charcos: Si ☐ No ☐ Ordenamiento del medio: Si ☐ No ☐ solar baldío y/o presencia de  
 vegetación de reposo: Si ☐ No ☐ Control Biológico Si ☐ No ☐ Cual ☐  
 Control Químico Si ☐ No ☐ Cual ☐ Presencia de Larvas Si ☐ No ☐  
 Donde ☐ Estado Larvario ☐  
 Número de viviendas circunvecinas (manzana del caso y la cuadra del frente): ☐ Número de  
 viviendas positivas del sector visitado: ☐  
 Porcentaje de Índice Aedico del Sector, Viviendas ☐%; Depósitos ☐%

#### 6. Acciones colectivas de caso: Se Dan recomendaciones sobre:

Uso de toldillos y aislamiento del paciente durante los 8 primeros días de la enfermedad: Si ☐ No ☐  
 Medidas de autocuidado (repelentes tópicos, ropa adecuada, ordenamiento del medio, etc.): Si ☐  
 No ☐ Buenas prácticas de manejo y eliminación de criaderos de vectores: Si ☐ No ☐ Consultar  
 oportunamente en caso de complicación u otro enfermo entre la familia: Si ☐ No ☐ Reconocimiento  
 de hospederos y vectores de enfermedades: Si ☐ No ☐ Como ordenar el medio: Si ☐ No ☐ Lavado  
 adecuado de tanques o depósitos de agua: Si ☐ No ☐.

#### 7. Medidas de control vectorial realizadas:

Eliminación de criaderos de mosquitos: Si ☐ No ☐ Cuales: ☐  
 Control Químico: Si ☐ No ☐ Cual ☐  
 Control Biológico: Si ☐ No ☐ Cual ☐

#### 8. Informe y Conclusión de la investigación:

Paciente reciente manifestado ser diagnosticado por una virus y con  
visita para Dengue ya portal negativo al no tener Dengue motivo por  
el agente ingresar a la vivienda y tampoco tiene intervención.

La Alcaldía de Yopal en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario garantiza la seguridad y confidencialidad  
 respecto del tratamiento de datos sensibles o personales aquí consignados. Política de Tratamiento de Datos Personales,  
 disponible en <https://www.yopal-casanare.gov.co/tema/politicas-y-lineamientos/politica-de-tratamiento-de-datos-personales>.

Clasificación del caso: Autóctono: ☐ Importado ☐  
 Nombre Municipio: ☐ Departamento: ☐  
 Caso Referenciado: Confirmado por laboratorio: ☐ Por Nexa: ☐  
 Probable: Si ☐ Sospechoso ☐ Confirmado por Clínica ☐  
 Funcionario de ETV: Juan Carlos Avila Cardo cargo: Tec. OTU SSH

Firma de Quien Recibió la Visita: ☐

CÓDIGO: MI1-F187

Página 2 de 2

VERSIÓN: 05

FECHA DE APROBACIÓN: 01/10/2024

