



REPÚBLICA DE EL SALVADOR
SISTEMA NACIONAL DE SALUD



FORMULARIO PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES OBJETOS DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES-01)

1. Nombre del Establecimiento: _____ 2. Fecha de consulta: ____ / ____ / ____
3. No. Expediente/No. de Afiliación: _____ 4. Categoría de Afiliación
 Cotizante Pensionado
 Beneficiario Hijo
5. No. DUI o Pasaporte: _____ 6. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ 7. Edad: ____ Años ____ Mes ____ Días

8. Apellidos

Nombres

9. Si es menor de edad, nombre completo de la persona responsable

10. Sexo: Masc. Fem.

12. Área: Urbana Rural

11. Dirección Completa: _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Localidad: _____

13. Nacionalidad: _____

14. País de residencia: _____

15. Teléfono: _____

16. Estudiante: Si No

Nombre del Centro Educativo (completar esta información únicamente si es un estudiante)

17. Antecedentes Obstétricos: Aborto Embarazada Parto Puerperio No aplica

18. Semanas de amenorrea: _____ (aplica únicamente para mujeres en edad reproductiva)

19. Manejo: Ambulatorio Hospitalario Referido a: _____

20. Diagnóstico clínico/Sospecha Diagnóstica

21. Fecha de Inicio de Síntoma: ____ / ____ / ____

22. Fecha de notificación: ____ / ____ / ____

23. Condición Vivo Muerto

24. Fecha de defunción: ____ / ____ / ____

25. Causa de Defunción: _____

26. Nombre del médico que notifica: _____

Firma y Sello: _____

Una copia queda en expediente y otra se envía al centro de acopio para su registro en el VIGEPES. Este formulario debe ser llenado en forma completa y con letra de molde