



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: \_\_\_\_\_

13. Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

14. País de residencia: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

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