

Informe Confidencial de Mpox

| | | | |
|--|--|---|--|
| Apellidos (Paterno-Materno): | | Nombre: | Inicial: |
| | | | |
| Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): | | Edad: | Sexo: |
| | | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Dirección Física: | | Pueblo: | Zip Code: |
| | | | |
| Teléfono: | Embarazada: | Identidad Sexual: | |
| () - | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica | <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Otro: | |

Razón de Referido:

| Criterio Epidemiológico | Criterio Clínico |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paciente viajó a un país donde hay casos confirmados de Mpox y: a) tuvo contacto con una persona que presentaba erupción en la piel parecidas a las lesiones asociadas al Mpox o b) tuvo contacto con una persona con diagnóstico confirmado o probable de Mpox. <input type="checkbox"/> Paciente viajó a un país donde el virus de Mpox es endémico (países en el centro y oeste de África). <input type="checkbox"/> Paciente masculino tiene contacto cercano o íntimo regularmente con otros hombres y tuvo contacto con otra persona con una erupción en la piel o diagnóstico confirmado o probable de Mpox. <input type="checkbox"/> Paciente tuvo contacto con animales exóticos vivos o muertos endémicos de África o productos derivados de éstos (carnes, ungüentos, lociones, entre otros). <input type="checkbox"/> Paciente viajó a un área con evidencia de transmisión sostenida de humano a humano del clado I o donde el clado I de mpox es endémico <input type="checkbox"/> Paciente tuvo contacto con una persona con un diagnóstico confirmado, probable o sospechoso del clado I de Mpox <input type="checkbox"/> Paciente tuvo contacto personal cercano o íntimo con personas de una red social que actualmente experimentan actividad del clado I de Mpox | <input type="checkbox"/> Erupción nueva que puede ser caracterizado como: macular, papular, vesicular, postular, generalizado, localizado, discreto o confluyente <input type="checkbox"/> Fiebre subjetiva o mayor a los 100.4° F (39°C) Al menos uno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Linfadenopatía nueva en una o de las siguientes áreas: periauricular, axilar, cervical o inguinal |

Cada caso o posible referido debe cumplir con al menos: uno de los criterios epidemiológicos y del criterio clínico - erupción en la piel o fiebre y al menos de los demás. Si el caso presenta solamente erupción puede ser referido para evaluación clínica por parte de la Vigilancia.

Diagnóstico

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sífilis Primaria | <input type="checkbox"/> Síntomas Neurológicos | <input type="checkbox"/> Gonorrea Tectal |
| <input type="checkbox"/> Sífilis Secundaria | <input type="checkbox"/> Chlamydia Irachomatis | <input type="checkbox"/> Verrugas Venereas (HPV) |
| <input type="checkbox"/> Sífilis Latente Temprana | <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pélvica | <input type="checkbox"/> Herpes Genitalis |
| <input type="checkbox"/> Sífilis Latente Tardía | <input type="checkbox"/> Gonorrea Oral | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Sífilis de Duración Desconocida | <input type="checkbox"/> Gonorrea Uretral | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Sífilis Congénita | <input type="checkbox"/> Gonorrea Cervical | _____ |

Comentarios:

| | |
|---|----------------------------|
| Nombre y apellidos M.D. (en letra de molde): | Teléfono: |
| | |
| Dirección Institución: | Nombre Institución: |
| | |