



SERVICIO EPIDEMIOLOGIA TELF.: 968 36 20 39 - FAX: 968 36 66 56
Ronda de Levante, 11. 30008 MURCIA

EN EL AREA DE SALUD DE CARTAGENA TELF.: 968 32 66 66
EN EL AREA DE SALUD DE LORCA TELF.: 968 46 83 00

DATOS RELATIVOS A LA SEMANA QUE FINALIZO EL SABADO _____ de _____ de 20__

CENTRO/ZONA BASICA SALUD _____ N.º TOTAL IMPRESOS RECIBIDOS

MUNICIPIO _____ CODIGO MUNICIPIO N.º TOTAL IMPRESOS RECIBIDOS EN BLANCO

TIPO DE ENFERMEDAD	N.º CASOS	TIPO DE ENFERMEDAD	N.º CASOS
Gripe	•	Varicela	•
Tuberculosis Respiratoria	✉	Sarampión	☎
Meningitis Tuberculosa	☎	Rubéola	☎
Otras Tuberculosis	✉	Parotiditis	✉
Legionelosis	☎	Tos Ferina	✉
Hepatitis A	✉	Enfermedad Meningocócica	☎
Hepatitis B	✉	Otras Meningitis	☎
Otras Hepatitis víricas, otras	✉	Sífilis	✉
Fiebres Tifoidea y Paratifoidea	✉	Infección Gonocócica	✉
Disentería Bacilar	✉	Fiebre Exantemática Mediterránea	✉
Toxi-infección Alimentaria	✉	Brucelosis	✉
SIDA (*)	✉	Brotos Epidémicos de cualquier etiología:	☎
Otras @ (especificar)			

• Declaración numérica ✉ Declaración individualizada y numérica ☎ Declaración urgente, individualizada y numérica
(*) Utilizar cuestionario Ministerio de Sanidad y Consumo.

@También son de declaración obligatoria: Rubéola Congénita (✉), Tétanos (✉), Tétanos Neonatal (✉), Difteria (☎), Poliomielitis (☎), Sífilis Congénita (✉), Triquinosis (☎), Carbunco (✉), Leishmaniasis (✉), Rabia (☎), Lepra (✉), Paludismo (✉), Tifus Exantemático (☎), Peste (☎), Cólera (☎), Fiebre Amarilla (☎), Botulismo (☎), Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanos (✉).

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre y apellidos _____ N.º Colegiado/a: _____

FIRMA

Fecha notificación / /

Nota: Este impreso de declaración semanal debe ser cumplimentado y remitido todas las semanas aun cuando no se detecte ningún caso de enfermedad de declaración obligatoria.



SERVICIO EPIDEMIOLOGIA TELF.: 968 36 20 39 - FAX: 968 36 66 56
Ronda de Levante, 11. 30008 MURCIA

EN EL AREA DE SALUD DE CARTAGENA TELF.: 968 50 25 73
EN EL AREA DE SALUD DE LORCA TELF.: 968 46 83 00

DATOS RELATIVOS A LA SEMANA QUE FINALIZO EL SABADO _____ de _____ de 20__

CENTRO DE TRABAJO _____ MUNICIPIO _____

TIPO DE ENFERMEDAD	N.º CASOS	TIPO DE ENFERMEDAD	N.º CASOS
Gripe	•	Varicela	•
Tuberculosis Respiratoria	☒	Sarampión	☒
Meningitis Tuberculosa	☒	Rubéola	☒
Otras Tuberculosis	☒	Parotiditis	☒
Legionelosis	☒	Tos Ferina	☒
Hepatitis A	☒	Enfermedad Meningocócica	☒
Hepatitis B	☒	Otras Meningitis	☒
Otras Hepatitis víricas	☒	Sífilis	☒
Fiebres Tifoidea y Paratifoidea	☒	Infección Gonocócica	☒
Disentería Bacilar	☒	Fiebre Exantemática Mediterránea	☒
Toxi-infección Alimentaria	☒	Brucelosis	☒
SIDA (*)	☒	Brotos Epidémicos de cualquier etiología: ☒	
Otras @ (especificar)			

• Declaración numérica ☒ Declaración individualizada y numérica ☒ Declaración urgente, individualizada y numérica

(*) Utilizar cuestionario Ministerio de Sanidad y Consumo.

@ También son de declaración obligatoria: Rubéola Congénita (☒), Tétanos (☒), Tétanos Neonatal (☒), Difteria (☒), Poliomieltis (☒), Sífilis Congénita (☒), Triquinosis (☒), Carbunco (☒), Leishmaniasis (☒), Rabia (☒), Lepra (☒), Paludismo (☒), Tifus Exantemático (☒), Peste (☒), Cólera (☒), Fiebre Amarilla (☒), Botulismo (☒), Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanos (☒).

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre y apellidos _____ N.º Colegiado/a: _____

FIRMA

Fecha notificación / /

Nota: Este impreso de declaración semanal debe ser cumplimentado y remitido todas las semanas aun cuando no se detecte ningún caso de enfermedad de declaración obligatoria.

ENFERMEDAD _____

Apellidos y nombre _____

Edad años sexo: varón mujer

Profesión/colegio _____

Domicilio _____ Municipio _____

Fechas primeros síntomas / / Telf.: _____

Diagnóstico (clínico, radiológico, laboratorio, etc.) _____

Datos de laboratorio (microbiología, serología)

Otros datos de interés (si procede):

Vacunación Previa Sí N.º de dosis _____ No Desconocida ¿Presenta documento vacunación? Sí No

Mecanismo de transmisión/factores de riesgo _____

Observaciones: _____

ENFERMEDAD _____

Apellidos y nombre _____

Edad años sexo: varón mujer

Profesión/colegio _____

Domicilio _____ Municipio _____

Fechas primeros síntomas / / Telf.: _____

Diagnóstico (clínico, radiológico, laboratorio, etc.) _____

Datos de laboratorio (microbiología, serología)

Otros datos de interés (si procede):

Vacunación Previa Sí N.º de dosis _____ No Desconocida ¿Presenta documento vacunación? Sí No

Mecanismo de transmisión/factores de riesgo _____

Observaciones: _____

ENFERMEDAD _____

Apellidos y nombre _____

Edad años

sexo: varón mujer

Profesión/colegio _____

Domicilio _____

Municipio _____

Fechas primeros síntomas / /

Telf.: _____

Diagnóstico (clínico, radiológico, laboratorio, etc.) _____

Datos de laboratorio (microbiología, serología)

Otros datos de interés (si procede):

Vacunación Previa Sí N.º de dosis _____ No Desconocida ¿Presenta documento vacunación? Sí No

Mecanismo de transmisión/factores de riesgo _____

Observaciones: _____

ENFERMEDAD _____

Apellidos y nombre _____

Edad años

sexo: varón mujer

Profesión/colegio _____

Domicilio _____

Municipio _____

Fechas primeros síntomas / /

Telf.: _____

Diagnóstico (clínico, radiológico, laboratorio, etc.) _____

Datos de laboratorio (microbiología, serología)

Otros datos de interés (si procede):

Vacunación Previa Sí N.º de dosis _____ No Desconocida ¿Presenta documento vacunación? Sí No

Mecanismo de transmisión/factores de riesgo _____

Observaciones: _____

Remittente:

Destinatario: