



Hospital		Médico responsable	
email		Teléfono	
Nº de Historia Clínica			

Datos filiatorios del paciente

Nombre y Apellido				Sexo	
Edad		Fecha de nacimiento		DNI	
Domicilio			Localidad		
Provincia			Teléfono		
Concurre a jardín/escuela/Institución	Si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>			

Datos de vacunación

Nº de dosis	Fecha de vacunación	Tipo de vacuna (cuádruple, pentavalente, quíntuple acelular, séxtuple acelular, monovalente) y marca	Lote
1º dosis			
2º dosis			
3º dosis			
4º dosis			

Enfermedad actual

Fecha de inicio de síntomas		Fecha de internación	
Forma clínica de presentación			
Meningitis		Neumonía con derrame	
Neumonía		Bacteriemia	
Otros (especificar)			

Comorbilidades

Esplenectomía/Asplenia		Enf. hematológica maligna		Enf. de células falciformes		Inmunodeficiencia primaria	
Tto. corticoideo altas dosis		Tto. inmunosupresor		HIV			
Otros (especificar)							

Otros factores asociados

Falta de lactancia materna		Concurrencia a jardín maternal		Nº de convivientes <4 años		Nº de convivientes	
----------------------------	--	--------------------------------	--	----------------------------	--	--------------------	--

Cultivos

Sitio de aislamiento	Fecha	Sensibilidad antibiótica: Indicar en el casillero correspondiente S o R (S: sensible/ R: resistente)			
Hemocultivo		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam	TMS
LCR		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam	TMS
Liq. Pleural		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam	TMS
Liq. articular		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam	TMS
Otros (especificar)		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam	TMS

TIPO DE BACTERIA

--