



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

--