

	<b>SALUD PUBLICA</b>	Código: F-SP-VC15-02
	<b>INFORME PRELIMINAR POSIBLE BROTE ETA</b>	Fecha Aprobación: 10/09/12
		Versión: 01
		Página 1 de 1

**Municipio:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Notificación Inmediata:** Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Fecha de Ocurrencia:** Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Lugar de Ocurrencia:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Aparición de Signos y Síntomas de Caso Índice:** Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Número de Casos Expuestos Vs Enfermos:** \_\_\_\_\_

**Posibles Alimentos Implicados:** \_\_\_\_\_

**Signos y Síntomas:** \_\_\_\_\_

**Estado de Pacientes:** Vivos: \_\_\_\_\_ Muertos: \_\_\_\_\_

**Numero de Hospitalizados:** \_\_\_\_\_

**Hipótesis Inicial:** \_\_\_\_\_

**Medidas Iniciales de Control:** \_\_\_\_\_

**Requiere Apoyo de Otras Instancias:** Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

**Nombre de los profesionales que participaron en la investigación:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Profesional que Elaboro el Informe:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_