

1. Municipio		Fecha (día/mes/año)	
Iniciales del paciente		2. Código Paciente (Código municipio y # paciente)	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
3. Fecha Nacimiento: _____	Edad: _____		
4. Sexo	1() Masculino 2() Femenino		
5. Etnia por Autoreconocimiento	1() Afrodescendiente 2() Mestizo 3() Indígena: cuál etnia _____ 4() Otro: _____		
6. Ocupación	1() Pesca 2() Agricultura 3() Docencia 4() Comercio 5() Estudiante 6() Otro: _____		
7. Lugar de residencia Centro poblado __ Periferia __	_____/_____/_____ Departamento Municipio Vereda o barrio		
DATOS DE LA VIVIENDA			
8. Tipo de vivienda	1() Rural 2() Urbano		
9. Servicios públicos	1() Agua 2() Luz 3() Gas		
10. Uso de toldillo	1() si 2() No		
11. Uso de insecticida	1() si 2() No		
ANTECEDENTES MALARIA			
12. ¿Dónde estuvo durante los 15 días antes de los síntomas?	_____/_____/_____ Departamento Municipio Vereda o barrio		
13. ¿Cuándo fue la última vez que le dio malaria?	1() Nunca 2() Menos de 1 mes 3() 1 a 6 meses 4() 7 a 12 meses 5() Más de 1 año 6() No sabe		
Tomo antimaláricos en el últimos mes: No () Si () Cuales:			
ENFERMEDAD ACTUAL			
14. ¿Hace cuántos días empezó la actual Enfermedad?	_____ días		
15. Síntomas	Fiebre	1() si 2() No	
	Cefalea	1() si 2() No	
	Escalofríos	1() si 2() No	
	Sudoración	1() si 2() No	
	Dolor osteomuscular	1() si 2() No	
	Dolor abdominal	1() si 2() No	
	Náuseas	1() si 2() No	
	Vómito	1() si 2() No	
	Diarrea	1() si 2() No	
	Brote en la piel	1() si 2() No	
	Dificultad para respirar	1() si 2() No	
	Tos	1() si 2() No	
	Astenia, adinamia, debilidad	1() si 2() No	
	Anorexia	1() si 2() No	
	Orina color naranja, rojo o café	1() Si 2() No	
OTROS síntomas			
DIAGNOSTICO DE MALARIA: Negativo () P. vivax () P. falciparum () P. Malariae ()			

Nombre de quien llena la hoja	Firma	Lugar y fecha
-------------------------------	-------	---------------