

Cuestionario para estudio de
INFLUENZA A H1N1

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre:

Edad: Sexo: Femenino / Masculino Dirección:

Ciudad: Provincia:

Teléfono: E-mail:

Ocupación:

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

¿Recibió vacuna antigripal? SI - NO ¿En qué fecha?/...../.....

DATOS CLÍNICOS:

Fecha de inicio de síntomas:/...../.....

Fiebre igual o mayor a 38°C: SI - NO Cantidad de días:

Cefalea: SI - NO

Dolores musculares: SI - NO

Tos: SI - NO

Dolor de garganta: SI - NO

Náuseas/vómitos: SI - NO

Ambulatorio: SI - NO

Tratamiento antiviral: SI - NO

¿Cuál?: Días de tratamiento:

CUESTIONARIO