

FICHA DE NOTIFICACION DE H.A.C.R.E.

Semana Epidemiológica:.....
Area Operativa que notifica:.....
Area Operativa de residencia:.....
Fecha de Notificación:.....

Apellido y Nombres:.....Edad:.....
Tipo y N° documento:..... . Fecha de Nacimiento:...../...../.....
Lugar de Nacimiento:.....
Domicilio Actual:.....Teléfono:.....
Antigüedad en el domicilio actual:.....
Empresa o razón Social para la que trabaja:.....

Domicilios Anteriores

Localidad y Provincia:.....Desde:.....Hasta:.....
Localidad y Provincia:.....Desde:.....Hasta:.....
Localidad y Provincia:.....Desde:.....Hasta:.....

Fecha probable de inicio de la enfermedad:
Fecha del diagnóstico:.....

-Antecedentes de As. en el agua de la zona: Si.....No.....Ignora.....

-Concentración:.....

CONSUMO DE AGUA:					
De pozo:	Si:	No:	De red:	Si:	No:
De aljibe:	Si:	No:	Envasada: (no soda)	Si:	No:
Otras:					
HABITOS:					
Tabaco Actual:	Si:	No:	Alcohol Actual	Si:	No:
En caso afirmativo indique desde cuando:			En caso afirmativo indique desde cuando:		
En caso negativo indique si tuvo el hábito con anterioridad:.....			En caso negativo indique si tuvo el hábito con anterioridad:.....		
Por cuanto tiempo?:			Por cuanto tiempo?:		
TIPO DE TRABAJO/ ANTECEDENTES LABORALES/ESTUDIOS					
Agrícola:	Sí:	No:	Estudios Primarios:	Sí:	No:
Industrial:	Sí:	No:	Estudios Secundarios:	Sí:	No:
Ama de casa:	Sí:	No:	Otro: (indicar cuál)		
Otro:					

SIGNOS Y SINTOMAS						
<u>Sistema Afectado:</u>	<u>Alteraciones</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>Alteraciones</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>
C U T A N E O	<u>Queratodermia palmo/plantar:</u>			<u>Ca. De Piel:</u>		
	<u>Melanodermia:</u>			<u>Bowen:</u>		
	<u>Alt. tróficas:</u>			<u>Basocelular:</u>		
	<u>Alt. vasculares :</u>			<u>Espinocelular:</u>		
	<u>Otros:</u>					
R E S P I R A T.	<u>Neumonía:</u>			<u>Ca.dePulmón:</u>		
	<u>Inespecíficas:</u>			<u>Ca. deLaringe</u>		
	<u>Otros:</u>					
A B D O M I N.	<u>Hepatopatía:</u>			<u>Ca.Abdominal</u>		
	<u>Epigastralgia:</u>			<u>Especificar:</u>		
	<u>Vómitos:</u>					
	<u>Diarrea:</u>					
	<u>Otros:</u>					
N E U R O L.	<u>Polineuropatía en bota :</u>			<u>Polineuropatia en guante:</u>		
	<u>Otros: indicar alteración , localización y probable origen (diabético, alcohólico, etc.):</u>					
G E N I T O U R.	<u>Indicar tipo y localización de manifestaciones:</u>			<u>Ca dePróstata</u>	—	
				<u>Ca. de Vejiga</u>		
				<u>Otros:</u>		
<u>Estudios realizados (indique resultado)</u>	<u>As. en orina:</u> <u>As. en pelo:</u> <u>Biopsia:</u>					
<u>Antecedentes Fliars de:</u>	<u>Malformaciones:</u> <u>Abortos espontáneos:</u> <u>Otros:</u>					
<u>Conducta seguida:</u>						

Firma, aclaración y sello de profesional que notifica: