

Para registrarse en los informes en línea de las NBS a mediante Informes de Morbilidad, complete esta encuesta <https://redcap.health.tn.gov/redcap/surveys/?s=8L7CMWHN4M>. Este formulario también se puede enviar por fax a la División de Enfermedades Transmisibles y Ambientales y Preparación para Emergencias (CEDEP) del Departamento de Salud de Tennessee (TDH) al (615) 741-3857. Para enviar un fax directamente a la oficina de salud local o regional, dirijase a [Departamentos de Salud Locales y Regionales \(tn.gov\)](#). Si tiene preguntas, comuníquese con el CEDEP a través del (615) 741-7247 o al (800) 404-3006. Para detalles más específicos, consulte el sitio web de Enfermedades de Declaración Obligatoria del TDH en [Enfermedades de Declaración Obligatoria \(tn.gov\)](#).

**Tenga en cuenta:** [los defectos de nacimiento, las sobredosis, los niveles de plomo, el Síndrome de Abstinencia Neonatal y las infecciones asociadas a la atención médica de la NHSN](#) no deben notificarse usando este formulario. Haga clic [aquí](#) para ver los detalles de los informes especiales.

**Indicaciones para los proveedores:**

- Se requiere que se reporte toda la información en este formulario, si está disponible. Salud Pública hará un seguimiento con el informante para solicitar los datos demográficos del paciente y el informe de laboratorio, si no se tienen.
- La información sobre el proveedor, datos demográficos del paciente y la información clínica pueden facilitarse en este formulario o adjuntarse (ej.: la hoja de portada del paciente, el informe sobre enfermedades de declaración obligatoria, historiales médicos pertinentes).
- Proporcione la información de contacto del proveedor para el seguimiento de Salud Pública. Si el lugar de trabajo principal del proveedor es un consultorio privado, indique el nombre, teléfono y fax de ese centro en lugar del hospital.
- Adjunte a este formulario el informe de laboratorio asociado.
- Indique el condado del centro o consultorio del proveedor para ayudar en la asignación del caso a una jurisdicción de salud pública.
- \*Si la "Fecha de nacimiento" del paciente no está disponible, indique la edad del paciente en años. Si el paciente tiene < 1 año de edad, por favor marque la casilla de "Meses". Si el paciente tiene < 1 mes de edad, por favor marque "0" y marque la casilla de "Meses".
- La dirección del paciente se usa para asignar la jurisdicción de salud pública para la investigación.
- <sup>H</sup> Los síntomas de la hepatitis incluyen: fiebre, malestar, vómitos, fatiga, anorexia, diarrea, dolor abdominal, ictericia, dolor de cabeza, náuseas.
- <sup>T</sup> Enfermedades de declaración obligatoria de transmisión por garrapatas, como la Erliquiosis/Anaplasmosis, la fiebre manchada por rickettsia y la enfermedad de Lyme.
- Si el resultado del ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) para la Infección de Tuberculosis (latente) es positivo, adjunte una copia del resultado del laboratorio a este formulario. Para una prueba cutánea de tuberculina (TST) positiva para cualquier niño o adolescente < 18 años de edad, documente el resultado de la TST en milímetros (mm) de induración en el campo "Comentarios" a la derecha; envíe este formulario por fax directamente al Programa de Eliminación de la Tuberculosis de Tennessee: (615) 253-1370.

**Indicaciones para los laboratorios:**

- Los laboratorios deben informar a Salud Pública vía informe electrónico de laboratorio (ELR) o de un informe de laboratorio impreso, en lugar de completar este formulario, a menos que falte información del proveedor o datos demográficos del paciente en el informe de laboratorio. Si es así, llene este formulario solo para la información faltante y adjunte el informe de laboratorio.
- Los laboratorios solo deben informar la Fecha de Toma de la muestra y la Fuente de la Muestra en la sección de Información Clínica.
- La información requerida (si está disponible) para los informes de laboratorio impresos incluye:
  - (1) Datos demográficos del paciente (mostrados a la derecha, incluyendo dirección)
  - (2) Nombre, número de teléfono y dirección del proveedor y del centro que hace la solicitud
  - (3) Nombre, teléfono y dirección del laboratorio que hace la prueba
  - (4) Nombre, teléfono y dirección del centro que notifica
  - (5) Fecha del informe de laboratorio
  - (6) Prueba realizada (puede ser diferente a la prueba solicitada)
  - (7) Número de identificación de la muestra
  - (8) Tipo de muestra/fuente y fecha de toma
  - (9) Resultado (cuantitativo y cualitativo), interpretación y rango de referencia
- Consulte el sitio web de enfermedades de declaración obligatoria para conocer los requisitos del ELR.

|   |   |   |  |                 |
|---|---|---|--|-----------------|
| <b>Informe</b>  | <b>Enfermedad/Evento:</b>   |   | <b>Fecha del informe:</b> ___/___/___  |                 |
|   | <b>Nombre del Informante:</b>   |   | <b>Teléfono:</b> ( )   |                 |
|   | <b>Informe de Laboratorio:</b> <input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No se ha hecho prueba <input type="checkbox"/> Informe no disponible |   |  |                 |
| <b>Proveedor</b>  | <b>Nombre del proveedor:</b>  |   |  |                 |
|   | <b>Centro/Consultorio Principal:</b>  |   |  |                 |
|   | <b>Teléfono:</b> ( )  |   | <b>Fax:</b> ( )  | <b>Condado:</b> |
| <b>Datos demográficos de los pacientes</b>  | <b>Nombre del paciente:</b>   |   |  |                 |
|   | <b>Fecha de nacimiento:</b> ___/___/___ (mm/dd/aaaa)  |   | <b>Raza:</b>   |                 |
|   | *Edad: _____ <input type="checkbox"/> Meses   |   | <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Negro/afroamericano<br><input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Desconocido |                 |
|   | <b>Sexo:</b>  | <b>Etnicidad:</b>   |  |                 |
|   | <input type="checkbox"/> Hombre   | <input type="checkbox"/> Hispano  |  |                 |
|   | <input type="checkbox"/> Mujer  | <input type="checkbox"/> No hispano   |  |                 |
|   | <input type="checkbox"/> Desconocido  | <input type="checkbox"/> Desconocido  |  |                 |
|   | <b>Dirección:</b>   |   |  |                 |
|   | <b>Ciudad:</b>  |   | <b>Estado:</b>   |                 |
|   | <b>Condado:</b>   |   | <b>Código postal:</b>  |                 |
| <b>Teléfono:</b> ( )  |   | <b>Teléfono:</b> ( )  |  |                 |
| <b>Fecha de inicio de enfermedad:</b> ___/___/___   |   | <b>¿Hospitalizado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido |  |                 |
| <b>Nombre del hospital:</b>   |   |   |  |                 |
| <b>Fecha de admisión:</b> ___/___/___   |   | <b>Fecha de alta:</b> ___/___/___   |  |                 |
| <b>¿Embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido  |   | <b>¿Falleció?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido      |  |                 |
| <b>¿Síntomas?</b> <sup>H</sup> solo casos de hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido                     |   |   |  |                 |
| <b>¿Fiebre?</b> <sup>T</sup> solo enfermedades transmitidas por garrapatas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido |   |   |  |                 |
| <b>Fecha de toma de muestra:</b> ___/___/___  |   | <b>Fuente de la muestra:</b>  |  |                 |
| <b>Tratamiento de ETS: Fecha:</b> ___/___/___   |   | <b>Observaciones:</b>   |  |                 |
| <b>Medicamentos:</b>  |   |   |  |                 |

Las Enfermedades y Eventos de Declaración Obligatoria se declaran transmisibles y/o peligrosos para el público y deben informarse al departamento de salud local por todos los hospitales, médicos, laboratorios y otras personas que conozcan o sospechen un caso de conformidad con lo dispuesto en los estatutos y reglamentos que rigen el control de las enfermedades transmisibles en Tennessee (T.C.A. §68 Regla 1200-14-01-.02).