

Anexo 2. Cuestionario de seguimiento de contactos

DATOS DE LA UNIDAD/PERSONA RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

Unidad/persona responsable del seguimiento:
 Nº teléfono:
 Fecha de Identificación del contacto: / /
 Comunidad Autónoma: Ciudad:
 Contacto identificado por (especificar si se ha identificado por Salud Pública, Unidad de Riesgos Laborales, ONG, el contacto acude espontáneamente, etc.):
 Fecha de inicio del seguimiento: / /
 Fecha de fin del seguimiento: / /

DATOS DEL CASO ÍNDICE

Identificador del caso:
 Nombre Apellidos
 Fecha de Inicio de síntomas: / /

DATOS DEL CONTACTO

Nombre Apellidos
 DNI Teléfono
 Fecha de nacimiento: / /
 Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:
 Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐
 Lugar de residencia (domicilio):
 País:
 Provincia:

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS

VIH positivo: Sí ☐ No ☐
 Tratamiento para VIH: Sí ☐ No ☐ Fecha inicio tratamiento / /
 Último recuento de CD4:

Otro tipo de inmunodepresión: Sí ☐ No ☐ especificar

Antecedentes de vacunación de viruela: Sí ☐ No ☐ Desconocido ☐

Evidencia de Vacuna:

- ☐ Documento
☐ Cicatriz

¿Ha recibido la vacunación por ser contacto de riesgo? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo:

	Marca	Fecha vacunación
Primera Dosis		__/__/____
Segunda Dosis		__/__/____

Fecha del último contacto de riesgo / /

TIPO/ÁMBITO DE EXPOSICIÓN:

1. **Exposición ocupacional de riesgo** (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, profesional sanitario sin EPI, otra)

No ☐

Sí ☐

Centro de Salud ☐

Hospital ☐

Servicios de Emergencias ☐

Laboratorio ☐

Otros

- 2. Es contacto estrecho de un caso de MPX (excluye exposiciones ocupacionales de riesgo)**

No ☐Sí ☐

Conviviente: SI ☐ No ☐ especificar _____

Social/amigo SI ☐ No ☐ especificar _____

Laboral SI ☐ No ☐ especificar

Otro:

- 3. Ha tenido relaciones sexuales con:** (marcar todas las que correspondan)

Hombre ☐Mujer ☐

- #### 4. Relaciones sexuales en contextos de riesgo

No ☐

Sí ☐

☐ Saunas

Fiestas

☐ Lugares de encuentros sexuales (zonas de cruising, gasolineras, etc.)☐ Otros

Especificar: _____

- ### 5. Asistencia a eventos multitudinarios:

No ☐

Sí ☐ Especificar **evento y ciudad**: [evento1]- [ciudad1] | [evento2]-[ciudad2] | ... | [eventoN]-[ciudadN]

OBSERVACIONES

--



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública

Tabla de seguimiento de contacto									
Día	Fecha	Fiebre (Si/No) / Toma temperatura (°C)	Astenia/ Malestar general	Dolor de garganta	Dolor muscular	Cefalea	Linfadenopatías	Exantema	Otros síntomas (especificar)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									