



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		___/___/___



DATOS DE LA EXPOSICIÓN

Lugar de exposición: España Otro país Especificar (País, Ciudad): _____

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: Sí No especificar _____

Social/amigo Sí No especificar _____

Laboral Sí 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									