

**INFORME CONFIDENCIAL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)**

**Favor de enviar al Fax Confidencial de la Oficina de Vigilancia ETS:(787)-274-5510 / 274-5579**

(USE LETRA DE MOLDE)

Rev.12/2015

SEGURO SOCIAL

NÚM. RECORD MÉDICO

EMBARAZADA SI  NO   
# DE SEMANAS \_\_\_\_\_

APELLIDOS (PATERNO-MATERNO)

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

SEXO

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO

\*(M/F/TMF/TFM)

M M D D A A A A

Área Code

DIRECCIÓN FÍSICA

ORIENTACIÓN SEXUAL

HOMOSEXUAL  HETEROSEXUAL  BISEXUAL

PUEBLO

ZIP CODE

**RAZÓN DE EXAMEN**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE SALUD                   | <input type="checkbox"/> CONTACTO DE GONORREA | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE MATRIMONIO |
| <input type="checkbox"/> CUIDADO PRENATAL                       | <input type="checkbox"/> SISTEMA CORRECCIONAL | <input type="checkbox"/> PARTO                     |
| <input type="checkbox"/> CHANCRO O SÍNTOMAS DE SÍFILIS PRIMARIA | <input type="checkbox"/> INMIGRACIÓN          | <input type="checkbox"/> PÁPULAS                   |
| <input type="checkbox"/> CONDYLOMA LATA                         | <input type="checkbox"/> MÁCULAS              | <input type="checkbox"/> RASH GENERALIZADO         |
| <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL                        | <input type="checkbox"/> ALOPECIA             | <input type="checkbox"/> INFLAMACIÓN DE NÓDULOS    |
| <input type="checkbox"/> CONTACTO DE SÍFILIS                    | <input type="checkbox"/> SECRECIÓN            | <input type="checkbox"/> OTRO:                     |

Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

EXÁMENES DE LABORATORIO		
TIPO DE PRUEBA	RESULTADO	FECHA MES/DIA/AÑO
NAAT		
DNA PROBE		
CULTIVO		
WET-PREP		
VDRL		
FTA-ABS		
RPR		
PCR		
TP-PA		
EIA		
CAMPO-OBS		
*VIH		
*Nuevo o Previo		
OTRO:		

**DIAGNOSTICO**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (1) CHLAMYDIA TRACHOMATIS                               | <input type="checkbox"/> (5) SÍFILIS PRIMARIA          |
| <input type="checkbox"/> (2) GONORREA CERVICAL <input type="checkbox"/> URETRAL  | <input type="checkbox"/> (5) SÍFILIS SECUNDARIA        |
| <input type="checkbox"/> GONORREA RECTAL <input type="checkbox"/> ORAL (Faringe) | <input type="checkbox"/> (5) SÍFILIS LATENTE TEMPRANA  |
| <input type="checkbox"/> (3) HERPES GENITAL                                      | <input type="checkbox"/> (6) SÍFILIS LATENTE TARDIA    |
| <input type="checkbox"/> (4) VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)                         | <input type="checkbox"/> SÍFILIS CONGÉNITA             |
| <input type="checkbox"/> SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS OCULTOS                           | <input type="checkbox"/> (7) INFLAMACIÓN PÉLVICA (PID) |
| NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE:             |  |

Fecha de Tratamiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**TRATAMIENTO RECOMENDADO POR LAS GUÍAS DEL CDC 2015**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) AZYTHROMYCIN 1G ORAL (SINGLE DOSE) OR DOXYCLYNE 100MG ORAL 2XDAY FOR 7 DAYS   | <input type="checkbox"/> (5) BENZATHINE PEN G 2.4M IM (SINGLE DOSE)                                   |
| <input type="checkbox"/> (2) CEFTRIAXONE 250 MG IM (SINGLE DOSE) PLUS AZITROMYCIN 1G ORAL (SINGLE DOSE)  | <input type="checkbox"/> (6) BENZATHINE PEN G 2.4M IM (3 DOSES ,1 WEEK INTERVALS)                     |
| <input type="checkbox"/> (3) ACYCLOVIR 400 MG ORAL 3X/DAY FOR 7-10 DAYS / VALACYCLOVIR 1G ORAL 2X/DAY FOR 7-10 DAYS / FAMCICLOVIR 250 MG ORAL 3X/DAY FOR 7-10 DAYS | <input type="checkbox"/> (7) CEFTRIAXONE 250 MG IM (SINGLE DOSE) PLUS DOXY 100MG ORAL X2 DAY FOR 14 D |
| <input type="checkbox"/> (4) IMIQUIMOD 3.75% OR 5% / PODOFILOX 0.5%  | <input type="checkbox"/> OTRO:  |

¿Ha sido tratado anteriormente?

SI  No

Fecha: \_\_\_\_\_ Dx: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Rx: \_\_\_\_\_

Comentarios:

NOMBRE DEL M.D: \_\_\_\_\_ TELÉFONO M.D \_\_\_\_\_ NÚM. FAX: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DEL M.D \_\_\_\_\_

\* M=Masculino F=Femenino TMF= Transgénero Masculino a Femenino TFM= Transgénero Femenino a Masculino