



Ministerio de Salud Pública
Dirección General de Epidemiología
Sistema Nacional de -Vigilancia Epidemiológica
Módulo de Alerta Temprana
Formulario de seguimiento de contactos expuestos



Enfermedad o evento en seguimiento: _____
Tipo contacto: 1. <input type="checkbox"/> Viaje internacional 2. <input type="checkbox"/> Conviviente 3. <input type="checkbox"/> Personal de salud 4. <input type="checkbox"/> Otro (anote) _____
Nombres _____ Apellidos _____
Edad en años: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Femenino
Cédula o Pasaporte ⁽¹⁾ : _____ Última fecha de contacto ____/____/____
<i>Dirección de residencia habitual en República Dominicana</i>
Calle y No. _____ Lugar(es) de referencia(s): _____
Provincia: _____ Municipio o Distrito Municipal: _____
Sección: _____ Barrio o paraje _____ Sub-barrio _____
Teléfono de contacto (res): _____ Teléfono de contacto (Cel.): _____
<i>Si es viajero internacional</i>
Hotel(es) de hospedaje: _____ Países visitados o de tránsito ⁽²⁾ : _____
Fecha de entrada a RD ____/____/____ Fecha de salida de RD ____/____/____
Empresa de transporte _____ No. de Vuelo/Embarcación/Vehículo _____
<i>Dirección de residencia en el país de destino</i>
Calle y No. _____
Provincia: _____ Municipio o Distrito Municipal: _____
Sección: _____ Barrio o paraje _____ Sub-barrio _____
Teléfonos de contacto en el país de destino _____
1) Solicitar copia de documento 2) Solicitar copia de itinerario completo de viaje (llegada y salida)
<i>Si es personal de salud:</i>
Nombre del establecimiento de salud: _____
Área de servicio _____ Cargo que ocupa: _____
OBSERVACIONES

