

Indicar si se administra otro tratamiento: _____

Datos de laboratorio al momento de ingreso, fecha: __/__/__.

Hematocrito		LDH		TGO		Bilirrubina	
Glóbulos Blancos		T. de protrombina		TGP		Uremia	
Plaquetas		CPK		Fosfatasa		Creatinemia	
Colesterol Total		Colesterol HDL		Triglicéridos			

Datos de laboratorio posterior al ingreso, fecha: __/__/__.

Hematocrito		LDH		TGO		Bilirrubina	
Glóbulos Blancos		T. de protrombina		TGP		Uremia	
Plaquetas		CPK		Fosfatasa		Creatinemia	
Colesterol Total		Colesterol HDL		Triglicéridos			

Antecedentes patológicos: _____

En caso de **óbito** indicar fecha de defunción: __/__/__.

En caso de **alta médica** indicar fecha: __/__/__.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: _____

Lugar de trabajo (indicar localidad y provincia): _____

¿Realizó algún viaje durante los últimos 35 días? ¿Dónde? _____

Indique con una "X" si realizó alguna de las siguientes actividades durante los últimos 45 días:

	Indicar lugar y fecha de posible exposición
Trabajo rural	
Caza	
Pesca	
Camping	
Picnic	
Otra actividad de riesgo	

¿Observó roedores o rastros que indiquen presencia de roedores en su domicilio? SI NO

¿Fuma? SI No

¿Toma alguna medicación? SI NO Cuál? _____

¿Tuvo contacto con algún caso similar? SI NO

¿Tuvo contacto con paciente de Síndrome Pulmonar por Hantavirus con diagnóstico confirmado? SI NO
En caso afirmativo indique relación.

Firma y aclaración del encuestador, indicar un teléfono de contacto