



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN  
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS  
REGISTRO INDIVIDUAL DE MALARIA V. 2008,1

Ministerio de la  
Protección Social  
República de Colombia



Libertad y Orden



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Ministerio de la  
Protección Social  
República de Colombia



Libertad y Orden

Registro individual de  
malaria

Nombre del responsable del diagnóstico o microscopista					Código del microscopista					
Depto.		Municipio.		Código		Sub.				
Orden	Fecha			Semana*	Año	Nombres y apellidos del paciente				
	Día	Mes	Año	*Epidemiológica	Año					
Tipo de documento			Número de documento		Edad	Unidad de medida de la edad				
RC TI CC CE PA MS AS						1 Años	2 Meses	3 Días	4 Horas	5 Minutos
Sexo		País de origen del caso		Departamento/municipio de origen del caso		Área de origen del caso				
M F						1 Cabecera municipal 2 Centro poblado 3 Rural disperso				
Depto.		Municipio								
Barrio vereda localidad del caso			Dirección de residencia			Ocupación del paciente				
/										
Código										
Tipo de régimen en salud					Nombre de aseguradora			Pertenencia étnica		
1 Contributivo 2 Subsidiado 3 Excepción 4 Especial 5 No afiliado								1 Indígena 5 Afro colombiano 6 Ninguno anteriores		
Grupo poblacional				Departamento / municipio residencia			Fecha de consulta			
9 Desplazados 13 Migratorios 14 Carcelarios 5 Otros grupos poblacionales										
Depto.		Municipio		Día		Mes		Año		
Inicio de síntomas			Clasificación del caso			Hospitalización				
Día Mes Año			6 Nuevo 7 Retratamiento 8 Embarazada nuevo 9 Embarazada retratamiento			Día Mes Año				
Condición final		Fecha de defunción		Tratamiento suministrado			Especie y recuento			
1 Vivo 2 Muerto		Día Mes Año		1 ASU + MQ 2 COARTEM 3 SP + AQ 4 CQ + PQ						

Nombre del paciente
Apellido del paciente
Responsable del diagnóstico
TS <input type="checkbox"/> TCS <input type="checkbox"/>

**Resultado del examen**

Positivo  Negativo

**Tipo de examen**

GG  PDR

Especie: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_