

BOLETIN NOTIFICACIÓN ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (ENO)

1. NOMBRE ESTABLECIMIENTO:

Código establecimiento

3. SEREMI:

Código SEREMI

2. OFICINA PROVINCIAL:

Código Oficina Provincial

4. N° HISTORIA CLÍNICA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

5. NOMBRE DEL (DE LA) PACIENTE:

6. RUT

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

7. SEXO:

1. Hombre
2. Mujer

8. FECHA DE NACIMIENTO:

Día Mes Año

9. EDAD

10. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:

1. Días
2. Meses
3. Años

11. NACIONALIDAD (Sólo extranjeros)

Código

12. PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO

1. Alacalufe (Kawashkar)
2. Atacameño
3. Aymara
4. Colla
5. Diaguita

6. Mapuche
7. Quechua
8. Rapa Nui
9. Yámana (Yagán)
0. Ninguna

13. DOMICILIO:

Calle

Nro.

Depto.

Población

Código Postal

14. COMUNA DE RESIDENCIA:

Código Comuna

15. TELÉFONO

16. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

17. OCUPACIÓN

0. Inactivo(a)
1. Activo(a)

Código Ocupación

18. CATEGORÍA OCUPACIONAL

1. Patrón/Empresario
2. Empleado
3. Obrero

4. Trabajador independiente

DATOS CLÍNICOS:

19. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO:

CIE10

20. OTRO DIAGNÓSTICO CONFIRMADO

CIE10

(Registrar sólo si en el anterior diagnóstico se declara una TBC)

21. FECHA 1^{OS} SÍNTOMAS

Día Mes Año

22. PAÍS DE CONTAGIO

1. Chile
2. Extranjero

PAÍS

23. ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN

1. Sí
2. No
3. Ignorado
4. No corresponde

26. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

1. Clínica (Incluye Imagenología)

2. Epidemiológica

3. Frotis

4. Cultivo

27. EMBARAZO

1. Sí
2. No
3. No corresponde

24. FECHA ÚLT. DOSIS

5. Serología

6. Biopsia

7. Autopsia

25. NÚMERO DOSIS

COMPLETAR SÓLO SI LA DECLARACIÓN CORRESPONDE A TBC

28. INDICAR SI CORRESPONDE A:

1. Caso nuevo
2. Recaída

29. SÓLO PARA RECAÍDAS

1. Igual Localización
2. Otra

DATOS DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA

30. NOMBRE:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

31. TELÉFONO Correo electrónico

32. RUT:

FECHA DE NOTIFICACIÓN

33. FECHA DE NOTIFICACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO:

Día Mes Año

34. FECHA DE NOTIFICACIÓN DESDE LA SEREMI AL MINSAL:

Día Mes Año

INSTRUCTIVO BOLETIN NOTIFICACIÓN DE ENFERMEADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (BOLETÍN E.N.O.)

- 1. Nombre Establecimiento:** Indique Nombre y Código asignado al Establecimiento que emite la notificación, según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
- 2. Oficina Provincial:** Cuando corresponda indique Nombre y Código asignado a la Oficina Provincial o según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
- 3. SEREMI:** Indique Nombre y Código asignado a la SEREMI según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
- 4. Nº Historia Clínica:** Registre el número foliado de la carátula de la Historia Clínica del (de la) enfermo (a)
- 5. Nombre del (de la) paciente:** Escriba con letra legible, el apellido paterno, el apellido materno y los nombres (en ese orden) del (de la) enfermo (a).
- 6. RUT:** Registre el RUT del (de la) enfermo(a), sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guión.
- 7. Sexo:** Registre el Nº de la alternativa que corresponda al sexo del (de la) enfermo (a).
- 8. Fecha de nacimiento:** Registre día, mes y año de nacimiento del (de la) enfermo (a), en la modalidad dd, mm, aaaa.
- 9. Edad:** Registre numéricamente la edad del (de la) enfermo(a).
- 10. Unidad de medida de la edad:** Registre **1** si se trata de un enfermo (a) menor de un mes de vida; **2** si es mayor de un mes y menor de un año; o **3** si el enfermo (a) tiene uno o más años.
- 11. Nacionalidad:** sólo cuando se trate de enfermo(a) extranjero(a) este dato deberá ser completado con el nombre del país. La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
- 12. Pueblo originario declarado:** La pregunta debe ser: ¿pertenece Ud. (el(la) paciente) a alguno de los siguientes pueblos originarios: alacalufe (kawashkar), atacameño, aimara, colla, diaguita, mapuche, quechua, rapa nui, yámana (yagán) o ninguno. Registre el número que corresponda al pueblo originario **declarado por el(la) paciente.**
- 14. Comuna de residencia:** Indique el nombre de la Comuna donde está ubicado el domicilio habitual del (de la) enfermo. Ante dudas de los nombres de las comunas, consulte en el sitio <http://deis.minsal.cl>, "División Político Administrativa"
- 15. Teléfono:** Registre el número telefónico del (de la) enfermo (a) o el número de contacto.
- 16. Condición de actividad:** Indicar si el (la) enfermo(a) es Activo(a) o Inactivo(a)
- 17. Ocupación:** Registrar la ocupación Ej.: Labores de casa, estudiante, jubilado(a), profesor, ingeniero, etc.
- 18. Categoría ocupacional:** Anote en el recuadro el número que identifica la Categoría Ocupacional a la que pertenece el(la) enfermo(a). **No completar** si están declaradas las siguientes ocupaciones: Labores de casa, Estudiante, Rentista, Jubilado, Inválido o Recluido, Otros, Ninguna
- 19. Diagnóstico confirmado:** Registrar el diagnóstico confirmado (nombre de la afección) y el código que corresponde a la CIE-10 (escala oficial). Para el(la) enfermo(a) que presente 2 o más afecciones de declaración obligatoria, éstas deberán ser registradas en FORMULARIOS SEPARADOS para cada una. Sólo en caso de Tuberculosis se registrará en la 2da. línea otro diagnóstico relacionado con esta afección.
- 20. Otro diagnóstico confirmado:** Llenar solo si en el diagnóstico confirmado se declara una **Tuberculosis.**
- 21. Fecha 1ros. síntomas:** Indicar la fecha de inicio de síntomas detectadas por anamnesis, no omitir dato.
- 22. País de contagio:** Indicar en la celda que corresponda si la enfermedad fue adquirida en Chile o fuera del país. Si sucedió en el extranjero, registrar el nombre del país de eventual procedencia (por anamnesis).
- 23. Antecedente de vacunación:** Registrar número que corresponda, según respuesta del(de la) paciente
- 24. Fecha última dosis:** registrar día, mes y año (dd,mm,aaaa) de la última dosis de la vacuna correspondiente.
- 25. Número dosis:** indicar número de dosis recibidas, de la vacuna correspondiente.
- 26. Confirmación diagnóstica:** Colocar "1" en la celda que corresponda a la confirmación diagnóstica.
- 27. Embarazo:** Registrar en la celda el número correspondiente.
Celdas 26 y 27: Completar sólo para TBC.
- 28. Registrar según corresponda**
- 29. Sólo para recaídas:** Indicar si es la misma localización u otra.
- 30, 31 Y 32. Datos del(la) profesional que hace la declaración:** Registrar Nombre: apellido paterno, materno y nombres. RUT, número de teléfono y correo electrónico
- 33. Fecha de notificación en el establecimiento:** Indicar la fecha de la declaración del caso. NO OMITIR.
- 34. Fecha de notificación desde la SEREMI al MINSAL:** Registrar la fecha en la que la SEREMI, envía notificación al Ministerio de Salud.