

NOMBRE _____	Semana/Año: _____	Declara: <input type="checkbox"/> Sin casos	Hoja: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4
CIAS _____	Finaliza el domingo: _____	<input type="checkbox"/> Con casos	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
	Fecha de cumplimentación: _____	<input type="checkbox"/> Ausencia consulta	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6

Número de CASO

	IDENTIFICACIÓN del paciente					
	CIP/CIPA	_____	_____	_____	_____	_____
	Fecha de nacimiento (D/M/A)	_____	_____	_____	_____	_____
	Sexo	_____	_____	_____	_____	_____
DATOS del paciente	Nivel de ESTUDIOS	_____	_____	_____	_____	_____
	Estado CIVIL	_____	_____	_____	_____	_____
	Situación LABORAL	_____	_____	_____	_____	_____
	Vive SOLO (sí/no)	_____	_____	_____	_____	_____
	¿Con cuántas personas convive?	_____	_____	_____	_____	_____
	Edades	_____	_____	_____	_____	_____
DEMANDA de la visita	Por el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Por familiar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Derivada por el médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Programada previamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otra	_____	_____	_____	_____	_____
MOTIVOS de no acudir al consultorio	Incapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Senilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sensación de gravedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad motivo de la consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vivir solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No poseer vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No tener familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros	_____	_____	_____	_____	_____
DATOS de la visita	DOMICILIO del paciente	_____	_____	_____	_____	_____
	Modo de DESPLAZAMIENTO al domicilio	_____	_____	_____	_____	_____
	Otro	_____	_____	_____	_____	_____
	Tiempo de TRASLADO al domicilio	_____	_____	_____	_____	_____
	Tiempo de ESTANCIA en domicilio	_____	_____	_____	_____	_____
	VISITAS a ese paciente en la semana	_____	_____	_____	_____	_____
	¿Recibió visitas domicilio OTROS COLECTIVOS por este motivo?					
	Médico del Centro de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trabajador social.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Equipo de cuidados paliativos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otras.....	_____	_____	_____	_____	_____
PROBLEMAS de salud	Enfermo grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estado terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Proceso crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Persona inmovilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Senilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alta hospitalaria reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Persona con medicación vital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pluripatología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros	_____	_____	_____	_____	_____
ACTIVIDADES realizadas en domicilio	Curas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Administración medicación vía parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Administración de vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Control constantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toma muestras biológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Screening/diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Educación para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sondaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros	_____	_____	_____	_____	_____
	¿Está en programa de CARTERA de servicios Sacyl?					
	¿Cuáles?	_____	_____	_____	_____	_____

Centros de coordinación periféricos

<p>Servicio Territorial de Sanidad de Ávila Sección de Epidemiología C/ San Juan de la Cruz, 28. 05001 Ávila Tel: 920355073-810492 / 920355276-810489 Fax: 920355083 Email: redcentinelavila@jcyles</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Burgos Sección de Epidemiología Paseo Sierra de Atapuerca, 4. 09002 - Burgos Tel: 947280107- 820805 / 947280137-820805 Fax: 947280125 Email: redcentinelaburgos@jcyles</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de León Sección de Epidemiología/Edif. Usos Múltiples 2ª planta, Av. Peregrinos, s/n. 24008 - León Tel: 987296941 ext 831377 / 831370 Fax: 987296239 Email: redcentinela.leon@jcyles</p>
<p>Servicio Territorial de Sanidad de Palencia Sección de Epidemiología Avda. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443-840643 / 979715441-840642 Fax: 979715427 Email: redcentinela.palencia@jcyles</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Salamanca Sección de Epidemiología Cl. Príncipe de Vergara 53-71. 37003 - Salamanca Tel: 923296030-851813 / 923296022-851815 Fax: 923296745 Email: redcentinela.salamanca@jcyles</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Segovia Sección de Epidemiología Av. Juan Carlos I, 3. 40005 - Segovia Tel: 921417155-860423 / 921417175-860426 Fax: 921417376 Email: redcentinela.segovia@jcyles</p>
<p>Servicio Territorial de Sanidad de Soria Sección de Epidemiología Cl. Nicolás Rabal, 7. 42003 - Soria Tel: 975236600 ext 871140 / 871141 / 871142 Fax: 975236602 Email: redcentinela.soria@jcyles</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid Sección de Epidemiología Av. Ramón y Cajal, 6. 47005 - Valladolid Tel: 983413783-883728 / 983413760-883731 Fax: 983413829 Email: redcentinela.valladolid@jcyles</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Zamora Sección de Epidemiología Pl. de Alemania, 1. 49014 - Zamora Tel: 980547439-890409 / 980547440-890419 Fax: 980547420 Email: redcentinela.zamora@jcyles</p>

Centro coordinador general

Dirección General de Salud Pública
Servicio de Información de Salud Pública
Paseo de Zorrilla, 1. 47007 - Valladolid
Tel: 983413600 ext 806415 / 807023 / 806358
Fax: 983413745
Email: redcentinela@jcyles

Centro coordinador de enfermería

Servicio Territorial de Sanidad de Palencia
Sección de Epidemiología
Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia
Tel: : 979715443-840643 / 979715441-840642
Fax: 979 71 54 27
Email: redcentinela.palencia@jcyles

Semana	Finaliza
01/2023	08/01/2023
02/2023	15/01/2023
03/2023	22/01/2023
04/2023	29/01/2023
05/2023	05/02/2023
06/2023	12/02/2023
07/2023	19/02/2023
08/2023	26/02/2023
09/2023	05/03/2023
10/2023	12/03/2023
11/2023	19/03/2023
12/2023	26/03/2023
13/2023	02/04/2023
14/2023	09/04/2023
15/2023	16/04/2023
16/2023	23/04/2023
17/2023	30/04/2023
18/2023	07/05/2023
19/2023	14/05/2023
20/2023	21/05/2023
21/2023	28/05/2023
22/2023	04/06/2023
23/2023	11/06/2023
24/2023	18/06/2023
25/2023	25/06/2023
26/2023	02/07/2023
27/2023	09/07/2023
28/2023	16/07/2023
29/2023	23/07/2023
30/2023	30/07/2023
31/2023	06/08/2023
32/2023	13/08/2023
33/2023	20/08/2023
34/2023	27/08/2023
35/2023	03/09/2023
36/2023	10/09/2023
37/2023	17/09/2023
38/2023	24/09/2023
39/2023	01/10/2023
40/2023	08/10/2023
41/2023	15/10/2023
42/2023	22/10/2023
43/2023	29/10/2023
44/2023	05/11/2023
45/2023	12/11/2023
46/2023	19/11/2023
47/2023	26/11/2023
48/2023	03/12/2023
49/2023	10/12/2023
50/2023	17/12/2023
51/2023	24/12/2023
52/2023	31/12/2023



RED CENTINELA SANITARIA
CASTILLA Y LEÓN