



---

**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha y Germen aislado

Confirmación: Coprocultivo  \_\_\_\_\_

Hemocultivo  \_\_\_\_\_

Fecha de negativización de coprocultivo (3 muestras):   /  /    
  /  /    
  /  /  

---

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Caso: Esporádico  Asociado a brote

Sospechoso/probable  Confirmado

Vacunación antitifoidea previa: No  Sí  Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_ Fecha de vacunación:   /  /  

Viajes o cambios de domicilio, en las 4 últimas semanas: No  Si

Citar lugares: \_\_\_\_\_

Consumo de agua: Red de abastecimiento público

Fuente pública

Pozo

Otros  , citar: \_\_\_\_\_.

Depuración de aguas residuales en la localidad: No  Sí

Alimento sólido o líquido sospechoso (verduras crudas, marisco,.....) ingerido en las 4 últimas semanas:

(Citar alimento, lugar de adquisición y consumo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**DATOS DEL DECLARANTE**

Fecha declaración del caso    /    /   

Médico que declara el caso \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

---