



**BOLETÍN NOTIFICACIÓN ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN  
OBLIGATORIA (ENO)  
MONKEYPOX o VIRUELA DEL MONO (MPX)  
SEREMI DE SALUD METROPOLITANA DE SANTIAGO**

1.- NOMBRE ESTABLECIMIENTO/SERVICIO DE SALUD: \_\_\_\_\_

2.- FECHA DE NOTIFICACIÓN: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aaaa)

**3.- DATOS DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA**

NOMBRE:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

TELÉFONO

Correo electrónico

30.  
RUT

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

**4. NOMBRE DEL PACIENTE**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

**5. TIPO DE IDENTIFICACIÓN**

(1. RUT, 2. Pasaporte,  
3. Comprobante de parto,  
4. Identificación local, 5. Otro):

**6. NUMERO DE IDENTIFICACIÓN**

7. SEXO  1. Hombre  
2. Mujer

8. FECHA DE  
NACIMIENTO

Día Mes Año

9. EDAD

10. UNIDAD DE  
MÉDIDA DE LA  
EDAD:

1. Días  
2. Meses  
3. Años

**11. NACIONALIDAD**

**12. PUEBLO  
ORIGINARIO  
DECLARADO**

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

6. Mapuche  
7. Quechua  
8. Rapa Nui  
9. Yamana (Yagan)  
0. Ninguna

**13. DOMICILIO**

Calle/Avenida

N°

Depto

Población

**14. COMUNA DE RESIDENCIA**

**15. TELEFONO(S)**

**16. CONDICION DE  
ACTIVIDAD**

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

**17. OCUPACION:**

**18. CATEGORIA OCUPACIONAL:**

1. Patrón/Empresario  
2. Empleado  
3. Obrero

4. Trabajador  
5. Independiente

---

## DATOS CLINICOS:

19. FECHA 1  
SINTOMAS

Día	Mes	Año

20. FECHA EXANTEMA

Día	Mes	Año

21. SINTOMAS CLINICOS

- Fiebre (Mayor o igual a 38,5°C)
- Exantema agudo
- Cefalea
- Mialgia
- Dolor de espalda
- Astenia
- Linfadenopatía
- Otro: \_\_\_\_\_

22. DISTRIBUCIÓN  
DEL EXANTEMA:

- Cara
- Planta de los pies
- Palma de las manos
- Oculares
- Piernas
- Brazos
- Cavidad oral
- Lesiones genitales
- Lesiones perianales
- Pecho
- Abdomen
- Espalda

23. ESTADIO DEL  
EXANTEMA:

- Maculopapular
- Vesicular
- Pústula Complicaciones
- Lesiones umbilicadas
- Costra
- Hemorrágica

24. ANTECEDENTES MÓRBIDOS: \_\_\_\_\_

25. EMBARAZO

- 1. SI
- 2. NO
- 3. NO CORRESPONDE

26. HOSPITALIZACIÓN:

SI  NO

Fecha de Ingreso: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aaaa)

Fecha de Egreso: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aaaa)

---

## ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

27. FACTORES DE EXPOSICIÓN EN LOS ÚLTIMOS 21 DIAS ANTERIORES AL INICIO DE LOS SINTOMAS

Viaje a zona endémica. Países visitados: \_\_\_\_\_

Viaje a zona no endémica. Países visitados: \_\_\_\_\_

Contacto con animales infectados. Vía de transmisión probable: \_\_\_\_\_

Contacto cercano y estrecho con un caso sospechoso, probable o confirmado.

Contacto directo o indirecto con mucosas, tejidos, heridas, secreciones infectadas o fluidos corporales de un caso sospechoso, probable o confirmado (Personal de salud, transmisión vertical, procedimientos médicos, contacto con ropa, ropa de cama o fómites con restos biológicos de un caso en investigación o confirmado, etc.). Vía de transmisión probable: \_\_\_\_\_

Antecedente reciente de haber tenido múltiples parejas sexuales: \_\_\_\_\_ (Indicar número)

Otro: \_\_\_\_\_

