

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

Teléfono:

Hospital:

Dirección (número, calle, n.º de apt., ciudad, estado, código postal o ZIP):

Número de historia clínica del paciente:

NO SE TRANSMITE INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE A LOS CDC



Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias

NOTIFICACIÓN DE CASOS DE LEGIONELOSIS

(ENFERMEDAD CAUSADA POR CUALQUIER ESPECIE DE *LEGIONELLA*)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Atlanta, Georgia 30329

<https://www.cdc.gov/legionella/index.html>

Formulario aprobado,
número de OMB 0920-0728

**Para uso exclusivo
de los CDC**

N.º de caso:

1. N.º de caso del departamento de salud del estado:	2. Estado que notifica:	3. Ciudad de residencia:	4. Condado de residencia:	5. Estado de residencia:
6. Sector industrial:	7. Ocupación:	8a. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	8b. Edad: Días Meses Años	9. Sexo: Masculino Femenino No se sabe
10. Grupo étnico: Hispano o latino No hispano o latino No se sabe	11. Raza (marque todo lo que corresponda): Indígena de los EE. UU. /nativa de Alaska Asiática Negra o afroamericana Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico Blanca No se sabe		12. Diagnóstico: Enfermedad del legionario (neumonía, por diagnóstico clínico o por radiografías) Fiebre de Pontiac (fiebre y mialgia sin neumonía) Legionelosis extrapulmonar (especifique dónde):	
13. Fecha del inicio de los síntomas de legionelosis (mm/dd/aaaa):			14. Fecha de la primera notificación a una entidad de salud pública a cualquier nivel (mm/dd/aaaa):	
15. ¿Fue hospitalizado el paciente durante el tratamiento por legionelosis? Sí No No se sabe	Si la respuesta es "Sí", fecha de hospitalización (mm/dd/aaaa): Nombre del hospital: Ciudad, estado:		16. Desenlace de la enfermedad: Sobrevivió Falleció Todavía está enfermo No se sabe	

17. En los 14 días antes del inicio, ¿pasó el paciente alguna noche fuera de su casa (con exclusión de entornos de atención médica)?
Sí No No se sabe

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del alojamiento 1: _____ Dirección: _____ Número de habitación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (ZIP): _____ País: _____ Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____ Comentarios sobre el viaje: _____
Nombre del alojamiento 2: _____ Dirección: _____ Número de habitación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (ZIP): _____ País: _____ Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____ Comentarios sobre el viaje: _____
*Para agregar más alojamientos, vea la página 7.

Se estima que la carga del público para reportar esta recolección de información promedia los 20 minutos por respuesta; esto incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que el formulario tenga un número de control de OMB válido y vigente. Envíe comentarios sobre la estimación del tiempo de recolección de información o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluso sugerencias para reducir este tiempo, a CDC, Project Clearance Officer, 1600 Clifton Road, MS D-74, Atlanta, GA 30333, ATTN: PRA (0920-0009). No envíe el formulario ya completado a esta dirección. Aunque su respuesta es voluntaria, su cooperación es necesaria para la comprensión y el control de esta enfermedad.

18. En los 14 días antes del inicio, ¿visitó el paciente un entorno de atención médica o se quedó en él (p. ej., hospital, cuidados a largo plazo/ rehabilitación/centro especializado de enfermería, centro médico)?

Sí No No se sabe

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del centro de atención médica 1: _____				
Tipo de centro/entorno de atención médica: Hospital _____ Otro, especifique: _____ Centro de cuidados a largo plazo _____ Centro médico _____ No se sabe _____		Tipo de exposición: En hospital _____ En tareas de empleado _____ En atención ambulatoria _____ No se sabe _____ En visita o trabajo de voluntario _____ Otro, especifique: _____		¿Es este centro también un centro de trasplantes? Sí _____ No _____ No se sabe _____
Dirección: _____		Ciudad: _____		
Estado: _____		Código postal (ZIP): _____		
Razón de la visita: _____		Fecha de llegada: _____		
Fecha de salida: _____		¿Tenía el centro de atención médica un programa de manejo del agua para reducir el riesgo de multiplicación y propagación de bacterias <i>Legionella</i> ? Sí _____ No _____ No se sabe _____		
Comentarios sobre el centro de atención médica _____				

Nombre del centro de atención médica 2: _____				
Tipo de centro/entorno de atención médica: Hospital _____ Otro, especifique: _____ Centro de cuidados a largo plazo _____ Centro médico _____ No se sabe _____		Tipo de exposición: En hospital _____ En tareas de empleado _____ En atención ambulatoria _____ No se sabe _____ En visita o trabajo de voluntario _____ Otro, especifique: _____		¿Es este centro también un centro de trasplantes? Sí _____ No _____ No se sabe _____
Dirección: _____		Ciudad: _____		
Estado: _____		Código postal (ZIP): _____		
Razón de la visita: _____		Fecha de llegada: _____		
Fecha de salida: _____		¿Tenía el centro de atención médica un programa de manejo del agua para reducir el riesgo de multiplicación y propagación de bacterias <i>Legionella</i> ? Sí _____ No _____ No se sabe _____		
Comentarios sobre el centro de atención médica _____				
*Para agregar más centros de atención médica vea la página 7.				

19. ¿Estuvo este caso asociado a una exposición relacionada con la atención médica?

Presunto: el paciente estuvo de manera continua por 10 días o más en un centro de atención médica durante los 14 días antes del inicio de los síntomas.

Posible: el paciente tuvo exposición a un centro de atención médica durante una parte de los 14 días completos antes del inicio.

No: no hubo exposición a un centro de atención médica en los 14 días antes del inicio.

No se sabe

20. En los 14 días antes del inicio, ¿visitó el paciente un centro de vida asistida (*assisted living facility*) o un centro para personas de edad avanzada, o se quedó en ellos? Los centros de vida asistida/para personas de edad avanzada no ofrecen cuidados especializados de enfermería ni médicos.

Sí No No se sabe

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Tipo de centro/entorno de atención médica: Centro de vida asistida Centro para personas de edad avanzada No se sabe			
Nombre del centro de vida asistida/para personas de edad avanzada 1: _____			
Tipo de exposición: En residencia _____ En visita o trabajo de voluntario _____ En tareas de empleado _____ Otra, especifique: _____ No se sabe _____			
Dirección: _____			
Ciudad: _____		Estado: _____	
Código postal (ZIP): _____		Fecha de llegada: _____	
Fecha de salida: _____		¿Tenía el centro de vida asistida o para personas de edad avanzada un programa de manejo del agua para reducir el riesgo de multiplicación y propagación de bacterias <i>Legionella</i> ? Sí _____ No _____ No se sabe _____	
Comentarios sobre el centro de vida asistida o para personas de edad avanzada: _____			

21. ¿Estuvo este caso asociado a un centro de vida asistida o para personas de edad avanzada?

Presunto: el paciente estuvo de manera continua por 10 días o más en un centro de vida asistida/para personas de edad avanzada durante los 14 días antes del inicio de los síntomas.

Posible: el paciente tuvo exposición a un centro de vida asistida/para personas de edad avanzada durante una parte de los 14 días completos antes del inicio.

No: no hubo exposición a un centro de vida asistida/para personas de edad avanzada en los 14 días antes del inicio.
No se sabe

22. ¿Estuvo este caso asociado a un brote conocido o a un posible conglomerado?

Sí No No se sabe

Si la respuesta es "Sí", especifique el nombre del centro, la ciudad y el estado del brote:

Nombre del centro:

Ciudad: _____ Estado: _____

23. Si este caso estuvo asociado a un brote notificado al Sistema Nacional de Notificación de Brotes (NORS), ¿cuál es el número de identificación del brote asignado por los CDC en ese sistema?

24. Pruebas diagnósticas de laboratorio:

Pruebas	Fecha de recolección (mm/dd/aaaa)	Tipo de muestra	Resultados
Prueba de antígenos en la orina (UAT)	_____	Orina	Positivo Indeterminado Negativo No se realizó No se sabe
Cultivo	_____	Secreciones de las vías respiratorias inferiores (p. ej., esputo, minilavado broncoalveolar o BAL) Otra, especifique: _____	Positivo Indeterminado Negativo No se realizó No se sabe
Prueba de ácido nucleico (p. ej., PCR)	_____	Secreciones de las vías respiratorias inferiores (p. ej., esputo, minilavado broncoalveolar o BAL) Otra, especifique: _____	Positivo Indeterminado Negativo No se realizó No se sabe
Prueba de inmunofluorescencia directa (DFA) o inmunohistoquímica (IHC)	_____	Secreciones de las vías respiratorias inferiores (p. ej., esputo, minilavado broncoalveolar o BAL) Otra, especifique: _____	Positivo Indeterminado Negativo No se realizó No se sabe

25. Si se realizó un cultivo, una prueba de ácido nucleico (p. ej., PCR) o DFA/IHC, especifique la especie o el serogrupo identificados:

Especie: _____ Serogrupo: _____

26. Pruebas serológicas

Prueba de titulación de anticuerpos	Fecha de recolección (mm/dd/aaaa)	Valor cuantitativo de los títulos	Resultados
Título de anticuerpos contra la <i>Legionella pneumophila</i> del serogrupo 1	Agudo: _____ Convaleciente: _____	Agudo: _____ Convaleciente: _____	Positivo (aumento del título de 4 veces o mayor) Indeterminado Negativo No se realizó No se sabe
Título de anticuerpos QUE NO SEAN contra bacterias <i>Legionella pneumophila</i> del serogrupo 1 ni contra múltiples especies o serogrupos de <i>Legionella</i> mediante el uso de antígenos combinados	Agudo: _____ Convaleciente: _____	Agudo: _____ Convaleciente: _____	Positivo (aumento del título de 4 veces o mayor) Indeterminado Negativo No se realizó No se sabe

27. ¿Se envió una muestra a los CDC para que la analizaran?

Sí
No
No se sabe

Fecha en que se envió una muestra a los CDC para que la analizaran: _____

28. Estado del caso: Confirmado Presunto Probable No es un caso

Si es probable, proporcione el enlace epidemiológico: _____

29. En los 14 días antes del inicio, ¿estuvo el paciente expuesto a algo de lo siguiente? Si la respuesta es "Sí", indique el lugar y las fechas.

Exposiciones potenciales	Sí/no/no se sabe			Lugar (nombre del centro, ciudad, estado)	Fecha(s)
Duchas fuera de casa	Sí	No	No se sabe		
Dentro de una bañera de hidromasajes o cerca de ella	Sí	No	No se sabe		
Cerca de una fuente de agua decorativa o artefacto con agua	Sí	No	No se sabe		
Cerca de un vaporizador	Sí	No	No se sabe		
Cerca de un rociador	Sí	No	No se sabe		
Parque acuático recreativo	Sí	No	No se sabe		
Cerca de algún otro dispositivo aerosolizador de agua:	Sí	No	No se sabe		
Ir a una convención, recepción, conferencia u otro evento público	Sí	No	No se sabe		
Visitar un centro en el que viven muchas personas o vivir en él (p. ej., establecimientos penitenciarios, refugios, dormitorios universitarios, etc.)	Sí	No	No se sabe		
Visitar un área con edificios grandes (p. ej., centros comerciales, rascacielos, etc.) que podrían tener torres de enfriamiento.	Sí	No	No se sabe		
Construcción/remodelación cerca de casa o de un lugar que se visitó	Sí	No	No se sabe		
Trabajar con el mantenimiento de dispositivos/sistemas de agua (p. ej., torres de enfriamiento, tuberías, bañeras de hidromasajes)	Sí	No	No se sabe		
Trabajar en actividades recreativas relacionadas con el agua (p. ej., hoteles, cruceros, parques acuáticos)	Sí	No	No se sabe		
Planta industrial/de fabricación con un sistema de enfriamiento con rociado de agua o procesos que incluyan el rociado de agua	Sí	No	No se sabe		
Manejar vehículos comerciales o camiones de larga distancia	Sí	No	No se sabe		
Trabajar en una cocina comercial	Sí	No	No se sabe		
Trabajar en servicios de mantenimiento o limpieza (p. ej., servicios de limpieza y conserjería)	Sí	No	No se sabe		
Trabajar en el sector de la construcción (p. ej., rociado con agua, demolición, renovación)	Sí	No	No se sabe		
Trabajar en una planta de tratamiento de aguas residuales	Sí	No	No se sabe		
Trabajar en otras ocupaciones que incluyan exposición al agua:	Sí	No	No se sabe		

30. En los 14 días antes del inicio, ¿usó el paciente equipo de terapia respiratoria (p. ej., nebulizador, CPAP, BiPAP) para el tratamiento de apnea del sueño, epoc, asma, o alguna otra razón?

*Si la respuesta es "Sí" para el uso de equipo de terapia respiratoria, ¿usa este dispositivo un humidificador?

*Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de agua se usa en el dispositivo? (Marque todo lo que corresponda).

Sí No No se sabe Sí No No se sabe Esterilizada Destilada Embotellada De la llave Otra No se sabe

31. En los 14 días antes del inicio, ¿estuvo el paciente en un crucero? Sí No No se sabe

Si la respuesta es "Sí":

Nombre de la línea de crucero: _____ Nombre del crucero: _____

Ciudad de salida del crucero: _____ Estado de salida del crucero: _____

País de salida del crucero: _____ Fecha de salida del crucero: _____

Ciudad de retorno del crucero: _____ Estado de retorno del crucero: _____

País de retorno del crucero: _____ Fecha de retorno del crucero: _____ Número de cabina: _____

Puertos de escala:

Ciudad	Estado	País	Fecha

32. ¿Tenía el paciente alguna afección subyacente o enfermedad anterior? Sí No No se sabe

Si la respuesta es "Sí", indique si el paciente tiene alguna de las siguientes afecciones subyacentes

Afección	Antecedentes del paciente		
	Sí	No	No se sabe
Sida	Sí	No	No se sabe
Abuso de alcohol (actual/pasado)	Sí	No	No se sabe
Asma	Sí	No	No se sabe
Cáncer de la sangre	Sí	No	No se sabe
Trasplante de médula ósea	Sí	No	No se sabe
Cortes en la piel o piel abierta	Sí	No	No se sabe
Cáncer	Sí	No	No se sabe
Tratamiento contra el cáncer	Sí	No	No se sabe
Pérdida de líquido cefalorraquídeo	Sí	No	No se sabe
Accidente cerebrovascular	Sí	No	No se sabe
Enfermedad respiratoria crónica	Sí	No	No se sabe
Hepatitis C crónica	Sí	No	No se sabe
Cirrosis/insuficiencia hepática	Sí	No	No se sabe
Prótesis coclear	Sí	No	No se sabe
Enfermedad por deficiencia del complemento	Sí	No	No se sabe
Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	No	No se sabe
Trastorno del tejido conjuntivo	Sí	No	No se sabe
Arterioesclerosis coronaria	Sí	No	No se sabe
Corticosteroides	Sí	No	No se sabe
Díalisis crónica actual	Sí	No	No se sabe
Sordera/pérdida auditiva profunda	Sí	No	No se sabe
Demencia	Sí	No	No se sabe

Afección	Antecedentes del paciente		
	Sí	No	No se sabe
Diabetes mellitus	Sí	No	No se sabe
Enfisema/epoc	Sí	No	No se sabe
Infección por el VIH	Sí	No	No se sabe
Enfermedad de Hodgkin (clínica)	Sí	No	No se sabe
Deficiencia de inmunoglobulina	Sí	No	No se sabe
Tratamiento inmunodepresor	Sí	No	No se sabe
Uso de drogas intravenosas	Sí	No	No se sabe
Enfermedad de los riñones	Sí	No	No se sabe
Leucemia	Sí	No	No se sabe
Mieloma múltiple	Sí	No	No se sabe
Esclerosis múltiple	Sí	No	No se sabe
Infarto de miocardio	Sí	No	No se sabe
Síndrome nefrótico.	Sí	No	No se sabe
Trastorno neuromuscular	Sí	No	No se sabe
Obesidad	Sí	No	No se sabe
Parálisis	Sí	No	No se sabe
Enfermedad de Parkinson	Sí	No	No se sabe
Úlcera péptica	Sí	No	No se sabe
Neuropatía periférica	Sí	No	No se sabe
Enfermedad vascular periférica	Sí	No	No se sabe
Nacimiento prematuro	Sí	No	No se sabe
Insuficiencia renal/diálisis	Sí	No	No se sabe
Trastorno convulsivo	Sí	No	No se sabe
Rasgo de células falciformes	Sí	No	No se sabe

Afección	Antecedentes del paciente		
Tabaquismo actual	Sí	No	No se sabe
Tabaquismo pasado	Sí	No	No se sabe
Cáncer de órgano sólido	Sí	No	No se sabe
Trasplante de órgano sólido	Sí	No	No se sabe
Falta de bazo	Sí	No	No se sabe
Esplenectomía/asplenia	Sí	No	No se sabe
Lupus eritematoso sistémico	Sí	No	No se sabe
Dificultad para tragar (disfagia)	Sí	No	No se sabe
Otra (especifique):	Sí	No	No se sabe
No se sabe	Sí	No	

33. ¿Fue el paciente o representante entrevistado por personal de salud pública?

Sí No No se sabe

Comentarios:

Nombre del entrevistador: _____

Afiliación: _____ Teléfono: _____

Funcionario del departamento de salud estatal que revisó este informe: _____

Cargo: _____ Teléfono: _____

Departamento de salud local, enviar este documento a:

Estado/DHD/SSS a través del funcionario de enfermedades transmisibles

Departamento de salud estatal, enviar este formulario completado a

travellegionella@cdc.gov

Respiratory Diseases Branch, MS H24-6

Office of Infectious Diseases

Center for Disease Control and Prevention and Control

1600 Clifton Road NE, Atlanta, GA 30329

Apéndice (centros adicionales)

(Alojamientos adicionales – [continuación de la página 1](#))

Nombre del alojamiento 3: _____	
Dirección: _____	Número de habitación: _____
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal (ZIP): _____
País: _____	Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____
Comentarios sobre el viaje: _____	

Nombre del alojamiento 4: _____	
Dirección: _____	Número de habitación: _____
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal (ZIP): _____
País: _____	Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____
Comentarios sobre el viaje: _____	

(Centros de atención médica adicionales – [continuación de la página 2](#))

Nombre del centro de atención médica 3: _____			
Tipo de centro/entorno de atención médica: Hospital Centro de cuidados a largo plazo Centro médico No se sabe	Otro, especifique: _____	Tipo de exposición: En hospital En atención ambulatoria En visita o trabajo de voluntario	En tareas de empleado No se sabe Otro, especifique: _____
			¿Es este centro también un centro de trasplantes? Sí No No se sabe
Dirección: _____		Ciudad: _____	
Estado: _____		Código postal (ZIP): _____ Razón de la visita: _____	
Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____		¿Tenía el centro de atención médica un programa de manejo del agua para reducir el riesgo de multiplicación y propagación de bacterias <i>Legionella</i> ? Sí No No se sabe	
Comentarios sobre el entorno de atención médica: _____			

(Centros de vida asistida/para personas de edad avanzada adicionales – [continuación de la página 2](#))

Si la respuesta es "Sí", qué tipo?	Centro de vida asistida	Centro para personas de edad avanzada	No se sabe
Nombre del centro de vida asistida/para personas de edad avanzada 2: _____			
Tipo de exposición:	En residencia	En visita o trabajo de voluntario	En tareas de empleado
	Otro, especifique: _____		No se sabe
Dirección: _____			
Ciudad: _____		Estado: _____ Código postal (ZIP): _____	
Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____		¿Tenía el centro de vida asistida o para personas de edad avanzada un programa de manejo del agua para reducir el riesgo de multiplicación y propagación de bacterias <i>Legionella</i> ? Sí No No se sabe	
Comentarios sobre el centro de vida asistida o para personas de edad avanzada: _____			