

**Cuestionario # 1. SISTEMA DE VIGILANCIA DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA**  
HISTORIA CLINICA

N° :

**I. Datos de identificación**

APELLIDOS					NOMBRES					REGISTRO	
EDAD	ANOS	MESES	DIAS	Fecha nacimiento En menores de 12 años	DIA	MES	ANO	SEXO		Ocupación	Años completos
								M	F	Escolaridad	
DOMICILIO		DEPTO		MUNICIPIO				DIRECCIÓN			
Lugar Donde Ocurrió El Evento		DEPTO		MUNICIPIO				DIRECCIÓN			

**II- DATOS GENERALES DEL EVENTO (Encierre en círculos), (Para cada agrupación de datos debe marcar una sola, la mas grave)**

<b>Fecha y hora: HISTORIA</b> Lu Ma Mi Ju Vi Sa Do DIA MES AÑO HORA		<b>INTENCIONALIDAD</b> 1-No intencional (accidentes) 2-Autoinfligida intencional (suicidios o intentos) 3-Intencional (violencia, agresiones) 8-Otro _____ 9-No sabe	<b>LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN</b> 1-Casa / hogar 2-Escuela/lugar estudio/institución 3-Calle 4-Trabajo 5- Bar, cantina o similares 8-Otro _____ 9-No se sabe	<b>ACTIVIDAD</b> que realizaba cuando se lesionó 1-Trabajando 2-Estudiando 3-Practicando Deporte 4-Viajando 5-Recreación / descansando / jugando 6- Tomando licor 8-Otra _____ 9-No se sabe
<b>Fecha y hora: EVENTO</b> Lu Ma Mi Ju Vi Sa Do DIA MES AÑO HORA				
<b>Atención previa</b> Si No		<b>MECANISMO DE LA LESIÓN (¿Cómo se produjo la lesión?)</b> 1-Accidente de transporte 2-Agresión sexual 3-Caída a) Propia altura b) Alguna altura(____mts) 4-Golpe / fuerza contundente 5-Puñalada, cortadura 6-Disparo con arma de fuego 7-Fuego / calor a)Fuego/llama/humo b)Líquidos calientes c)Pirotecnia 8-Estrangulación 9-Inmersión-ahogado 10-Intoxicación a)Fármacos b)Plaguicidas c)Hidrocarburos 11-Explosión a) Minas b) otro artefacto explosivo 12- Mordedura a)Persona b)Animal cual _____ 13-Contacto con electricidad 14- Desastre natural cual _____ 15- Contacto con Cuerpo extraño 88-Otro _____ 99-No se sabe		
<b>Donde</b>		Atención en hospital del MSPAS Si No		

**III-DATOS ESPECÍFICOS DEL EVENTO**

<b>ACCIDENTE DE TRANSITO</b>			<b>VIOLENCIA ó AGRESIONES</b> Antecedente previo no si N°		<b>AUTOINFLIGIDA</b> Antecedente previo no si N°	
<b>TRANSPORTE</b> (de la víctima) 1. Peatón 2-Bicicleta 3-Motocicleta 4-Automóvil 5-Camioneta de cargo 6-Camión / rastra 7a-Bus 7b-Microbús 8-Carreta / Animal 9-Taxi 88-Otro _____ 99-No se sabe	<b>CONTRAPARTE</b> 1. Peaton 2-Bicicleta 3-Motocicleta 4-Automóvil 5-Camioneta de cargo 6-Camión / rastra 7a-Bus 7b-Microbús 8-Carreta / Animal 9-Taxi 10-Objeto fijo 88-Otro _____ 99-No se sabe	<b>USUARIO</b> 1-Peatón 2-Conductor 3-Pasajero 8-Otro _____ 9-No se sabe  <b>Elementos de seguridad</b> 1-Cinturón (si) (no) (n/s) 2-Casco (si) (no) (n/s) 3-Otro (si) (no) (n/s)  <b>Tipo de accidente</b> 1-Atropellado 2-Colisión 3-Choque 4-Otro	<b>RELACIÓN DEL AGRESOR CON LA VICTIMA</b> 1-Pareja o ex pareja 2a-Padres 2b-Padrazos 3-Otro familiar 4-Amigos / conocidos 5-Desconocido 8-Otro _____ 9-No se sabe	<b>CONTEXTO</b> 1-Riña / pelea 2-Robo 3-Agresión sexual 4-Pandillas 5-Violencia intrafamiliar 6-Bala perdida 8-Otro _____ 9-No se sabe	<b>FACTORES PRECIPITANTES</b> 1-Conflicto con la pareja o familia 2-Enfermedad física 3-Trastorno mental 4-Problemas financieros 5-Problemas con la justicia 6-Abuso sexual o físico 7-Embarazo no deseado 8-Problema escolar 9-Conducta adictiva 88-Otro _____ 99-No se sabe	

**IV- OTROS DATOS SOBRE EL EVENTO**

<b>VICTIMA / lesionado (Si el conductor es víctima anotar lo aquí)</b>		<b>SEXO Del AGRESOR</b> 1-Masculino 2-Femenino 9-No se sabe
<b>USO DE ALCOHOL</b> 1- No hay sospecha 2- Si hay sospecha 9- No se sabe	<b>USO DE DROGAS</b> 1- No hay sospecha 2- Si hay sospecha cual(es) droga(s) _____ 9- No se sabe	

**V- DATOS CLÍNICOS DEL EVENTO**

<b>SITIO ANATÓMICO AFECTADO</b> (Puede anotar más de una)  1-Cráneo 2-Máxilo facial 2-Cuello 3-Ojos 4-Oídos 5-Nariz 6-Tórax 7-Espalda 8-Abdomen 9-Pelvis /genitales	<b>NATURALEZA DE LA LESIÓN</b> 1-Laceración, abrasión, lesión superficial 2-Cortada, mordida, herida abierta 3-Lesión profunda-penetrante 4-Esguince, luxación 5-Fractura 6-Quemadura 7- Contusión a órganos internos 8-Lesión orgánica sistémica 9-Trauma craneoencefálico 88-Otros _____ 99- no se sabe	<b>SEVERIDAD</b> 1-Leve o superficial (equimosis, herida superficial) 2-Moderada (requiere algún tratamiento como sutura, lavado gástrico, observación, etc) 3-Severa (requiere manejo médico avanzado como cirugía mayor o UCI)  <b>Diagnóstico</b>   <b>Médico</b>	<b>DESTINO DEL PACIENTE</b> 1-Tratado y enviado a casa 2-Hospitalizado 3-Referido a otro cual _____ 4-Fuga 5-Abandono voluntario 6-condición de salida a)vivo b)fallecido
---	--	--	---

CONSULTA POR:

PRESENTE ENFERMEDAD

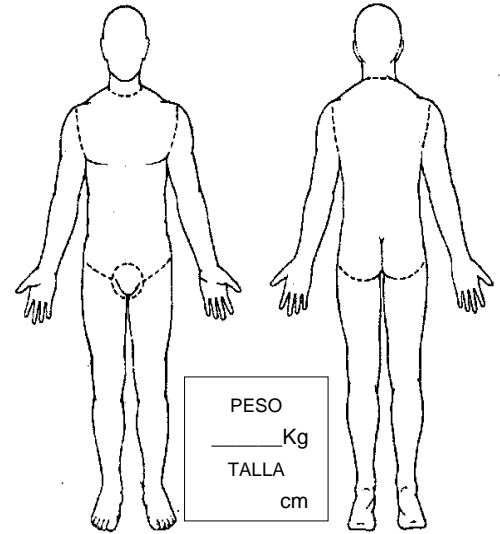
HORA DE ÚLTIMA INGESTA

HORA PARA PROCEDIMIENTO

ANTECEDENTES

EXAMEN FÍSICO FC: FR: T°: TA:

ESQUEMA DE LA LESIÓN



GLASGOW:

Puntos

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

INDICACIONES INICIALES

REALIZÓ (Firma y sello)

SUPERVISÓ (Firma y sello)

AUTORIZÓ (Firma y sello)

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

FIRMA (de quien realizó procedimiento)

CUESTIONARIO # 2

PLANILLA DE REGISTRO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA  
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

**A. DATOS DE LA INSTITUCIÓN, DEL ENTREVISTADOR Y DEL INFORMANTE**

Código de la institución:	Número de caso:	Número de Historia Clínica (opcional):	
Nombre y apellido de entrevistador	Fecha de consulta	Hora de consulta	
Informante: Paciente	Informante ¿quién?	Sin Informante	Fecha de Reporte a SINAVE

**B. DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS DEL LESIONADO**

Apellido y Nombre:						No sabe / no responde
Sexo: Masculino	Femenino	Edad:	Días / Meses / Años	Fecha de nacimiento: / /		
Domicilio: Calle:	Nº:	Dpto. Nº:	Piso Nº:			
Localidad:		Dpto. o Partido:	Provincia:		Teléfono:	
* ¿Trabaja? Sí, ¿en qué?	No	¿A qué se dedica?: Jubilado		Rentista	Ama de casa	Estudiante
		Desocupado		Discapacitado	Otro, especifique	
* Nivel de instrucción	Ninguno	Primario incompleto	Secundario incompleto	Terciario incompleto	Univ. incompleto	No sabe / No resp.
		Primario completo	Secundario completo	Terciario completo	Univ. Completo	No resp.
Información incompleta						

**C. DATOS DEL EVENTO**

¿En que fecha se lesionó? / /	No se sabe la fecha			Hora de la lesión:		No sabe la hora	
¿Qué día se lesionó? Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	No sabe
Para niños/otros: Persona a cargo en el evento	Padre	Madre	Otro >18	Otro <18	Nadie	No sabe/no resp	
¿Sabe la dirección o lugar donde ocurrió la lesión?	No	Sí especifique:					
Localidad:	Dpto. o Partido:			Provincia:			

**D. CIRCUNSTANCIAS DE LA LESION**

<p><b>1. ¿Cuál fue la CAUSA o MECANISMO de la lesión?</b></p> <p>Lesión de transporte Aplastado, atrapado, trabado o apretado entre objetos Golpe Caída en el mismo nivel Caída de un nivel a otro Trauma con objeto punzo-cortante Arma de fuego Exposición a fuego Pirotecnia o fuegos artificiales Contacto con fuente de calor Contacto con sustancias calientes Exposición a electricidad Cuerpo extraño en ojo o en cavidad natural (<i>excluye aspiración</i>) Aspiración o atragantamiento Sofocación y estrangulamiento Ahogamiento y sumersión Contacto traumático con animal/ planta Mordedura de perro Terremoto Otra lesión, especifique: _____</p> <p>No sabe / no responde</p> <p><b>Envenenamientos o intoxicaciones por:</b> Medicamentos Plaguicidas Productos de uso doméstico (no plaguicida) Productos de uso comercial o industrial Otra sustancia, especifique: _____ No sabe / no responde</p>	<p><b>2. ¿En qué LUGAR se produjo la lesión?:</b></p> <p>En lugar de uso público o vía pública o espacio abierto o cerrado (ir a 2a) →</p> <p>En vivienda (ir a 2b) →</p> <p>En institución (ir a 2c) →</p> <p>Otro, especifique: _____</p> <p>No sabe / no responde</p>	<p><b>2a. ¿En qué lugar de uso o vía públicos se lesionó?</b></p> <p>Calle                      Área de deporte Avenida                    Área comercial Autopista                   Área industrial Vereda Parque o plaza            Otro, especifique _____ Potrero Dique o río                No sabe / no responde Acequia o canal Fuera de camino</p> <p><b>2b. ¿En que lugar de la vivienda se lesionó?</b></p> <p>Patio / jardín              Escalera Cocina                      Garaje Dormitorio                Azotea / terraza Baño                        Pileta de natación Sala / comedor            Otro, especifique: _____ Balcón Ventana                    No sabe / no responde</p> <p><b>2c. ¿En que tipo de institución se lesionó?</b></p> <p>Guardería                Prisión o reformatorio Jardín de infantes        Club social no deportivo Escuela                    Sala de espectáculos Universidad                Otro, especifique: _____ Hogar geriátrico Hospital                    No sabe / no responde</p>
--	--	---

**3. ¿Qué (ACTIVIDAD) estaba haciendo en el momento de la lesión?**

(NOTA IMPORTANTE: si la actividad requiere el uso de elementos de seguridad, complete la sección F)

Trabajo manual remunerado	Quehaceres domésticos	Otro, especifique _____
Trabajo profesional remunerado	Realizando actividades de vida diaria	_____
Transporte desde o hacia el trabajo	Practicando deporte	
Transporte – no laboral	Recreación / jugando	No sabe / no responde

**4. INTENCIONALIDAD DEL EVENTO**

Intencional  
 Agresión Agresión sexual (ir a 4a)  
 Intento de suicidio  
 Suicidio  
 No intencional  
 Intervención legal  
 Intención no determinada  
 Otro, especifique \_\_\_\_\_  
 No sabe / no responde

**4a. Esta pregunta se refiere a quien presuntamente la(o) lesionó. Usted no está obligada(o) a identificarlo(a). ¿Sabe quién la(o) lesionó?**

Sabe pero no desea identificarlo(a)

Sabe y lo(a) identifica

Pareja actual o ex	Amigo/conocido	Otro, especifique: _____
Padre	Amiga/conocida	_____
Madre	Desconocido	<b>No sabe</b>
Padrastra	Desconocida	<b>No responde</b>
Madrastra		

**E. COMPLETAR SOLO PARA LESIONES DE TRANSPORTE**

<p><b>5. Condición del lesionado:</b>          Peatón          Pasajero (ir a 5a) →          Conductor          Otro, especifique: _____          _____          No sabe / no responde</p>	<p><b>5a. El pasajero estaba en:</b>          Asiento delantero          Asiento trasero          De pie  <i>En brazos de otro pasajero:</i>          en el asiento delantero          en el asiento trasero          Otro, especifique: _____          _____          No sabe / no responde</p>	<p><b>5b. ¿Qué tipo de accidente fue?:</b>          Atropellamiento          Colisión entre vehículos          Colisión con objeto fijo          Colisión con animal o persona          Vuelco          Caída del vehículo          Otro, especifique: _____          _____          No sabe / no responde</p>	<p><b>5c. Tipo del vehículo:</b>          Automóvil          Camioneta o furgoneta          Ómnibus          Camión          Bicicleta          Moto / ciclomotor          Tren          Carro          Otro, especifique: _____          _____          No sabe / no responde</p>
<p><b>5d. Para atropellamiento y colisiones: tipo del segundo vehículo o contraparte:</b>          Automóvil      Bicicleta          Camioneta/ furgoneta      Moto/ ciclomotor          Ómnibus      Tren          Camión Carro      Otro, especifique:          Moto/ ciclomotor      _____          _____          No sabe / no resp.</p>	<p><b>5e. ¿Qué condiciones ambientales había al momento de la lesión?</b>          Buen tiempo      Luz natural          Niebla      Luz artificial          Llovizna      Sin luz          Lluvia      Otro, especifique: _____          Granizo      _____          Nieve      No sabe / no responde          Viento</p>	<p><b>5f. ¿Había señales de tránsito en el lugar de la lesión?</b>          Semáforo Sí          Semáforo No          Otro, especifique _____          _____          No sabe / no responde</p>	

**5g. ¿Usaba algún elemento de seguridad en el momento de la lesión?**

Cinturón de seguridad	Vehículo equipado con "airbag"	Otro protector, especifique _____
Casco	¿Se activaron los airbag?	No sabe / no responde
Estaba en el asiento para niños	Ningún equipo protector	

**F. COMPLETAR PARA TODA ACTIVIDAD QUE REQUIERA USO DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD (Ejemplos: ambiente laboral al cocinar, al limpiar, al practicar deporte o recreación, etc. EXCLUYE TRANSPORTE)**

**6. ¿Usaba algún elemento de seguridad en el momento de la lesión?**

Casco	Guantes protectores	Ningún equipo protector	No sabe / no responde
Botas protectoras	Máscara protectora	Otro protector, especifique _____	

**G. RESULTADOS DEL EXÁMEN MÉDICO**

**7. Naturaleza de la lesión (marque según corresponda una o más opciones)**

Herida	Trauma de médula espinal
Trauma superficial / Hematoma	Trauma de órganos internos
Excoriación	Trauma de tendón y músculo
Esguince y torcedura	Luxación
Trauma por aplastamiento	
Fractura	Intoxicación/Envenenamiento
Efecto de cuerpo extraño	Quemadura y corrosión
Amputación traumática	Cong. con necrosis tisular
Trauma de vasos sanguíneos	Cuerpo extraño
Trauma de nervios	Otros, especifique _____
Trauma intracraneano	_____
⊥ No especificado	

**8. Ubicación anatómica de la lesión (marque según corresponda uno o mas sitios)**

Cráneo	Mamas
Cara	Abdomen
Ojos	Pelvis, perineo
Oídos	Genitales
Nariz	Muslos
Boca	Piernas
Cuello	Pies
Brazo	Dedos del pie
Antebrazo	Otro, especifique _____
Mano	_____
Dedos de mano	No especificado
Articulación (especifique)	Politraumatizado
_____	
Tórax, espalda	
Tórax, pecho	

**9. Grado de severidad de la lesión (DE PREFERENCIA, USE EL SCORE PRÁCTICO DE SEVERIDAD):**

**Score Práctico de Severidad:**  
Leve      Moderado      Severo

**Trauma Score Revisado (TSRt)** \_\_\_\_\_

**Índice de Trauma Pediátrico (ITP)** \_\_\_\_\_

**Grado de Severidad en Intoxicaciones (PSS)**  
Asintomático      Leve      Moderado  
Severo      Fatal

**Grado de severidad en quemaduras:**  
1°      2°      3°  
Área de superficie quemada: \_\_\_\_\_ %

**10. Destino del paciente**

Tratamiento ambulatorio  
Observación en la unidad  
Hospitalización  
Derivado a \_\_\_\_\_  
Alta voluntaria  
Fuga  
Fallecimiento previo al ingreso a la unidad  
Fallecimiento en la unidad

**11. Evidencia clínica de uso de alcohol y / o drogas**

Intoxicación alcohólica	Sí	No	Dudoso
Drogas de abuso	Sí	No	Dudoso

**12. Diagnóstico médico de la lesión:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. Diagnóstico de enfermedades subyacentes:** \_\_\_\_\_

**H. MODULO OPCIONAL 1. LESIONES EN CAVIDAD BUCAL (SOLO PARA SERVICIO ODONTOLÓGICO)**

<p><b>14. Si la lesión ocurrió en la escuela, indique donde:</b> Clase Educación física Recreo No sabe / no responde</p> <p><b>15. ¿Con que clase de objeto (o arma) se golpeó/lo golpearon?</b> Palo Piedra Otro, describa _____ _____ No sabe / no responde</p>	<p><b>16. Ubicación de la lesión</b> En un diente En mas de un diente</p> <p>Carrillo derecho Carrillo izquierdo Ambos carrillos</p> <p>Labio superior Labio inferior Ambos labios</p> <p>Lengua Encía</p>	<p><b>17. Etapa de dentición</b> Temporaria Permanente Mixta</p>					
<p><b>18. Naturaleza de la Lesión</b></p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="87 647 544 835"> <p><b>En tejidos Dentarios:</b> Fisura Fractura coronaria no complicada Fractura coronoradicular no complicada Fractura radicular (cualquier tipo) Fractura coronoradic.compl.(afecta pulpa)</p> </td> <td data-bbox="544 647 820 835"> <p><b>En region periodontal :</b> Concusión Luxación lateral Intrusión Avulsión Extrusión</p> </td> <td data-bbox="820 647 1209 835"> <p><b>En hueso de sostén:</b> Conminución Fractura de pared alveolar Fractura del proceso alveolar Fractura maxilar o mandibular</p> </td> <td data-bbox="1209 647 1534 835"> <p><b>En mucosa gingival/bucal:</b> Contusión Abrasión Laceración</p> </td> </tr> </table>				<p><b>En tejidos Dentarios:</b> Fisura Fractura coronaria no complicada Fractura coronoradicular no complicada Fractura radicular (cualquier tipo) Fractura coronoradic.compl.(afecta pulpa)</p>	<p><b>En region periodontal :</b> Concusión Luxación lateral Intrusión Avulsión Extrusión</p>	<p><b>En hueso de sostén:</b> Conminución Fractura de pared alveolar Fractura del proceso alveolar Fractura maxilar o mandibular</p>	<p><b>En mucosa gingival/bucal:</b> Contusión Abrasión Laceración</p>
<p><b>En tejidos Dentarios:</b> Fisura Fractura coronaria no complicada Fractura coronoradicular no complicada Fractura radicular (cualquier tipo) Fractura coronoradic.compl.(afecta pulpa)</p>	<p><b>En region periodontal :</b> Concusión Luxación lateral Intrusión Avulsión Extrusión</p>	<p><b>En hueso de sostén:</b> Conminución Fractura de pared alveolar Fractura del proceso alveolar Fractura maxilar o mandibular</p>	<p><b>En mucosa gingival/bucal:</b> Contusión Abrasión Laceración</p>				