

*Anexo*

---

Ficha para la obtención de los datos:

- N° de ficha. Fecha de confección. Nombre y apellido. Fecha nacimiento. Sexo. Masculino. Femenino. Teléfono. Localidad: Provincia. Capital. Centro que recabó la información. Hospital Italiano. Esquema de vacunas: completo: Sí. No.
  - Fecha de vacunación.
  - Fecha del comienzo de la enfermedad. Quién realizó el diagnóstico. Médico. Enfermera. Familiares.
  - Donde se contagió: Casa. Escuela. Jardín de infantes. Otros. Desconocido.
  - Tipo de varicela: Leve < 50 lesiones. Moderada 50-250 lesiones. Grave > 250 lesiones. Fiebre. Indicación de antibióticos. Otras complicaciones (internación, neumonitis, encefalitis, muerte).
  - Ha estado expuesto su hijo a pacientes que han estado cursando varicela luego de su vacunación. Sí – No - Desconoce. Dónde: Casa. Jardín de infantes. Escuela. Otros.
  - El niño padece alguna enfermedad de base: Sí. No. Cuál:
  - Le molesta a usted que le realicemos la encuesta. Sí – No – No contesta.
-