

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL - DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD**  
**FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE COVID-19**

Toda persona que presente **Tos** acompañado de uno o más de los siguientes:

- Fiebre (medida  $\geq 37,5^\circ$  o referida) o,
- Dolor de garganta o,
- Dificultad respiratoria

Versión: 29-marzo-2020

**1.- DATOS DEL NOTIFICANTE**

Responsable de la Notificación: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Región Sanitaria: \_\_\_\_\_

Fecha de Notificación (días/mes/año): \_\_\_\_\_

**2.- DATOS DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad N°: \_\_\_\_\_ Cédula Identidad Pasaporte (Aceptar solo documentos oficiales)

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de nacimiento (días/mes/año): \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**3.- DATOS CLINICOS**

Fecha de inicio de síntomas (día/mes/año) \_\_\_\_\_ Fecha de primera consulta (día/mes/año): \_\_\_\_\_

Ambulatorio: \_\_\_\_\_ Internado: \_\_\_\_\_ Fecha de Internación \_\_\_\_\_ Establecimiento internación \_\_\_\_\_

Terapia Intensiva: SI NO Fecha internación UTI \_\_\_\_\_ Requerimiento de ARM: SI NO

<i>Signos / Síntomas</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Signos / Síntomas</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Signos / Síntomas</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Fiebre referida			Dolor de oído			Dolor de cabeza		
Temperatura $>37,5^\circ$ C (Temp. Axilar)			Dolor de garganta			Inyección Conjuntival		
Coriza o rinorrea			Mialgias			Disnea/Taquipnea		
Congestión nasal			Artralgias			Dolor abdominal		
Tos			Postración			Convulsiones		
Dificultad para respirar			Diarrea			Auscultación pulmonar anormal		
Irritabilidad/Confusión			Náuseas o vómitos			Inyección conjuntival		
Anosmia (alteración del sentido del olfato)			Disgeusia (Alteración del sentido del gusto)			Otros (especificar)		

**(Marcar con una cruz según corresponda si – no)**

<b>Factores de riesgo/Comorbilidades</b>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<b>Factores de riesgo/Comorbilidades</b>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Cardiopatía crónica			Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento		
Enfermedad pulmonar crónica			Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica		
Asma			Síndrome de Down		
Diabetes			Obesidad		
Enfermedad renal crónica			Enfermedad hepática crónica		
Otros (especificar)			<b>Personal de Salud</b>		

Embarazada: Si No Trimestre de embarazo: \_\_\_\_\_ Puérpera: Si No Vacunación influenza: Si No Fecha: \_\_\_\_\_

**4.- ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS**

¿Ha viajado a una zona de riesgo conocida en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? Si No

¿Dónde? Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

¿Ha estado en contacto con una persona confirmada con COVID-19 en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? Si No

Nombre del caso confirmado COVID-19: \_\_\_\_\_

**5.-EXAMENES DE LABORATORIO**

**Toma de muestra:** Si  No  Fecha de recepción de la muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hisopado nasal: Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lavado Broncoalveolar : Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hisopado faríngeo: Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Aspirado Traqueal: Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aspirado nasofaríngeo: Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sangre: Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Otras muestras: Especificar..... Si  No  Fecha de toma de muestra \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Laboratorio: \_\_\_\_\_ Resultado: SARS CoV-2: POSITIVO  NEGATIVO