

CORONAVIRUS**FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO
CONFIRMADO POR CRITERIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO****IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

Establecimiento notificador.....
Barrio/Lugar.....

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y Nombre.....DNINacionalidad.....
 Fecha de nacimiento...../...../..... Edad.....Sexo.....Reside en el Barrio SI NO
 Persona privada de su libertad SI NO Se declara pueblo indígena SI NO Etnia SI NO
 Provincia.....Departamento.....Localidad.....
 Calle/Manzana.....Nº casa.....Piso.....Dpto.....
 Barrio/Asentamiento.....Teléfono.....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Embarazo SI NO Sintomático SI NO (si responde Sí completar abajo) Fecha de inicio de síntomas...../...../.....

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Sin fiebre	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Rinorrea	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>
Temperatura $\leq 37.5^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	Disnea	<input type="checkbox"/>	Anosmia de reciente aparición	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	Odinofagia	<input type="checkbox"/>	Disgeusia de reciente aparición	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

ENFERMEDADES PREVIAS / COMORBILIDADES

No Presenta	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	Enf. hepática	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Enf. neurológica	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresión congénita	<input type="checkbox"/>
Ins. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	Diag. previo de neumonía	<input type="checkbox"/>	Enf. oncológica	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresión adquirida	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Puerperio	<input type="checkbox"/>	Enf. Renal Crónica	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

¿Trabaja actualmente? SI NO ¿De qué trabaja?.....¿Cuándo trabajó por última vez?/...../.....

Factores de riesgo (Exposición a COVID-19)

¿Es conviviente de un caso confirmado por laboratorio? SI NO Apellido y Nombre.....
DNI

En los últimos 14 días:

¿Visitó algún lugar fuera de lo habitual o por alguna ocasión especial? SI NO

¿Concurrió algún centro de salud u hospital? SI NO

¿Qué medio de transporte utiliza?

CONFIRMACIÓN

Confirmado por Criterio Clínico-Epidemiológico

.....
Firma y sello Médico

.....
Fecha de Solicitud

ENVIAR FICHA POR MAIL A:

epidemiologia@mendoza.gov.ar y vigilanciaepidemiologicamza@gmail.com

