



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador.....
Barrio/Lugar..... Fecha del operativo (consulta)...../...../.....

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y Nombre..... DNI Nacionalidad.....
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:

¿Tuvo contacto estrecho con casos confirmados de COVID-19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tuvo contacto estrecho con personas con síntomas respiratorios y/o con sospecha de COVID-19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Visitó algún lugar fuera de lo habitual o por alguna ocasión especial?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Concurrió algún centro de salud u hospital?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Qué medio de transporte utiliza?		

CONFIRMACIÓN

Confirmado por Criterio Clínico-Epidemiológico Laboratorio
Tipo de muestra: Hisopado nasofaríngeo Aspirado nasofaríngeo Sangre

Fecha de toma de muestra...../...../..... Laboratorio al que deriva la muestra.....

.....
Firma y sello Médico

.....
Fecha de Solicitud

