



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE ALTA HOSPITALARIA
DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS

DATOS DE FIALIACIÓN

Nombres y Apellidos:.....

Edad: DNI:.....

DATOS DEL CASO

Institución de Internación:.....

Fecha de Internación:..... Fecha de inicio de síntomas:

Fecha de confirmación de caso:.....

Método Utilizado: rRT-PCR Antígeno Serología Criterio-clínico epidemiológico

Severidad de la COVID-19: leve moderado severo crítico

¿Tuvo neumonía?: no si (unilateral /bilateral)

¿Requirió ARM?: no si

DATOS DEL ALTA

Fecha del Alta:

Egreso: vivo fallecido

Condiciones de alta (paciente vivo): domicilio hotel residencia otro:.....

¿Debe continuar aislamiento? no si (hasta día:/...../.....)

.....

Firma y sello
Médico tratante

...../...../.....2020

Fecha de Solicitud

ENVIAR FICHA POR E-MAIL A:

constanciaaltascovid19@mendoza.gov.ar

Y

vigilanciaepidemiologicamza@gmail.com