



CERTIFICADO DE CASO CONFIRMADO

Con Vacunas Completas

Nombre: _____ DNI: _____

- Confirmado por laboratorio*
- Confirmado por nexos clínicos epidemiológicos*

Indicaciones

- 1 Cumplir con el **AISLAMIENTO SOCIAL ESTRICTO** por 7 días, a partir del día ___/___/2022 hasta ___/___/2022 inclusive (siempre que presente buena evolución clínica). Luego, por 3 días adicionales cumplir medidas de cuidado especial.
- 2 Recomendar **CUARENTENA** a sus contactos estrechos que **NO tengan síntomas** compatibles con COVID 19 (familiares, laborales y sociales) acorde a las recomendaciones que se le brindan adjuntas.
Indicar **AISLAMIENTO SOCIAL ESTRICTO** a sus contactos estrechos que Presenten Síntomas compatibles con COVID 19, ya que se consideran un **CASO CONFIRMADO POR NEXO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO** por 10 días desde el inicio de los síntomas. Esto podría ser reducido a 7 días de aislamiento más 3 días de cuidados especiales en casos de personas con vacunación completa y resolución de los síntomas; siempre que presente evolución clínica favorable y no reciba otra indicación por profesional de la salud competente.
- 3 En caso de que Ud. o alguno de sus contactos estrechos presente alguno de los siguientes síntomas de alarma, asistir al efector de salud más cercano a su domicilio. Si Ud. tiene obra social, consultar en el efector que le corresponde según la misma.

Síntomas de Alarma

- Falta de aire en reposo, al hablar o caminar
- Vómitos que le impiden alimentarse
- Voz entrecortada por falta de aire
- Diarrea mayor a 8 deposiciones por día
- Fiebre (mayor a 38°) persistente por más de 3 días
- Alteración de la conciencia
- Empeoramiento del estado general
- Caídas o inestabilidad para caminar
- Dolor tipo puntada en el tórax

Adjuntar Anexo 6 con recomendaciones

/ /

Fecha

Firma y Sello



CERTIFICADO DE CASO CONFIRMADO

Con Vacunas Incompletas

Nombre: _____ DNI: _____

- Confirmado por laboratorio*
- Confirmado por nexos clínicos epidemiológicos*

Indicaciones

- 1 Cumplir con el AISLAMIENTO SOCIAL ESTRICTO por 10 días, a partir del día ___/___/2022 hasta ___/___/2022 inclusive (siempre que presente buena evolución clínica).
- 2 Recomendar **CUARENTENA** a sus contactos estrechos que **NO tengan síntomas** compatibles con COVID 19 (familiares, laborales y sociales) acorde a las recomendaciones que se le brindan adjuntas.
Indicar **AISLAMIENTO SOCIAL ESTRICTO** a sus contactos estrechos que Presenten Síntomas compatibles con COVID 19, ya que se consideran un **CASO CONFIRMADO POR NEXO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO** por 10 días desde el inicio de los síntomas. Esto podría ser reducido a 7 días de aislamiento más 3 días de cuidados especiales en casos de personas con vacunación completa y resolución de los síntomas; siempre que presente evolución clínica favorable y no reciba otra indicación por profesional de la salud competente.
- 3 En caso de que Ud. o alguno de sus contactos estrechos presente alguno de los siguientes síntomas de alarma, asistir al efector de salud más cercano a su domicilio. Si Ud. tiene obra social, consultar en el efector que le corresponde según la misma.

Síntomas de Alarma

- Falta de aire en reposo, al hablar o caminar
- Vómitos que le impiden alimentarse
- Voz entrecortada por falta de aire
- Diarrea mayor a 8 deposiciones por día
- Fiebre (mayor a 38°) persistente por más de 3 días
- Alteración de la conciencia
- Empeoramiento del estado general
- Caídas o inestabilidad para caminar
- Dolor tipo puntada en el tórax

Adjuntar Anexo 6 con recomendaciones

/ /

Fecha

Firma y Sello