



MENDOZA GOBIERNO

Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes

CERTIFICADO DE TOMA DE MUESTRA PARA PCR

Nombre: _____

DNI: _____

Dejo constancia que la/el paciente cumple con el criterio de **caso sospechoso de COVID-19**. Se realiza toma de muestra para rt-PCR SARS CoV2. Se indica **aislamiento preventivo en espera del resultado de PCR (24-48 hs)**.

En caso de resultar con PCR DETECTABLE (POSITIVO) deberá mantener el aislamiento por término mínimo de diez (10) días a partir del día, siempre que presente evolución clínica favorable y no reciba otra indicación por profesional de la salud competente. En caso de personas correctamente vacunadas los tiempos de aislamiento pueden reducirse a 7 días, más tres de cuidado especial.

/ /

Fecha

Firma y Sello