



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DIVISIÓN EPIDEMIOLOGÍA
Departamento de Vigilancia en Salud
Formulario de notificación e investigación epidemiológica

Caso sospechoso de COVID-19

Fecha de notificación: ___/___/___

Inicio de síntomas: ___/___/___ Fecha consulta: ___/___/___ Internación: SI NO Fecha ingreso: ___/___/___

Institución: _____ Sector: _____ Tel: _____ int.: _____

Datos del caso

CI: _____ Nombres y apellidos (en imprenta): _____

Sexo: F M Fecha nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ años meses días (señale lo que corresponda)

Dirección: _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ Tel/cel: _____

Tipo de ubicación: Particular Residencial adulto mayor Establecimiento para personas privadas de libertad
Hogar/refugio Asentamiento Situación de calle

Datos del notificador

Nombre y apellido: _____ Notifica como: _____ Cel: _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Datos clínicos y epidemiológicos:

Fiebre (Fecha de inicio: ___/___/___)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Pérdida del gusto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Pérdida del olfato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rinorrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cefalea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Odinofagia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Artromialgias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disnea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Astenia/adinamia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Neumonía	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Embarazo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Insuficiencia respiratoria	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trimestre	_____

En los 14 días previos al inicio de síntomas:

¿Estuvo en otros países de circulación de COVID-19? SI NO Dónde: _____ Regreso al país: ___/___/___

¿Estuvo en contacto cercano con caso confirmado de COVID-19? SI NO

Nombre: _____ Fecha de última exposición: ___/___/___

Ocupación: (marque si pertenece a alguno de estos grupos)

Trabajador de la salud	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Bombero	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trabajador de residencial	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Policía	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Militar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Antecedentes personales

El paciente presenta comorbilidades: SI (Indique cuáles) NO

Cardiopatía (incluida HTA)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nefropatía	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabetes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cáncer	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hepatopatía	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Enf. neurológica/neuromuscular	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Puerperio (menos de 6 semanas)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EPOC	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tabaquismo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> // Fumó en el último mes <input type="checkbox"/>	
Obesidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hace < de 6 meses <input type="checkbox"/> Hace > de 6 meses <input type="checkbox"/>	

Otros (especifique): _____

Paraclínica:

Se estudia para COVID-19: SI NO

Indique laboratorio: Dpto. de Laboratorios de Salud Pública Otro: Especifique nombre: _____

Evolución del caso

Requirió internación en CI: SI NO / CTI: SI NO Egreso: alta fallecimiento Fecha: ___/___/___

Actualizado agosto 2020