



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