



## IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador ..... Barrio / Lugar: ..... Fecha del operativo (consulta): ..... / ..... / .....

## IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y Nombre ..... DNI ..... Nacionalidad .....

 Persona Privada de su libertad SI  NO  Se declara pueblo indígena SI  NO  Etnia ..... Reside en el barrio SI  NO 

Provincia ..... Departamento ..... Localidad ..... Calle / Manzana .....

Nº/Casa ..... Piso ..... Depto ..... Cód. Postal ..... Barrio/Asentamiento ..... Teléfono .....

Fecha de nacimiento ..... / ..... / ..... Edad ..... Sexo .....

## INFORMACIÓN CLÍNICA

 Embarazo: SI  NO  Sintomático: SI  NO  (si responde que si completar abajo) Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Sin Fiebre	Fiebre 38°C o más	Disnea (dificultad para respirar)	Anosmia (pérdida del olfato)	Otros síntomas:
Fiebre menor a 38°C	Tos	Odinofagia (dolor de garganta)	Disgeusia (pérdida del gusto)	
Cefalea	Diarrea	Vómitos	Mialgias	

## ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES

Presenta <input type="checkbox"/>	Asma	Enfermedad hepática	EPOC	Insuficiencia cardíaca	Otros (especificar):
No Presenta <input type="checkbox"/>	Diabetes	Enfermedad neurológica	Fumador	Diagnóstico previo de neumonía	
	Diálisis Aguda	Enfermedad oncológica	Hipertensión arterial	Inmunosupresión congénita o adquirida	
	Diálisis crónica	Enfermedad renal crónica	Tuberculosis	Puerperio	

## INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

 Ocupación: Trabajador de la salud\*  Personal de fuerzas de seguridad  Personal de servicio penitenciario  Otras (especificar): .....

### Factores de riesgo (exposición a COVID-19):

- ¿Viajó a zona de riesgo para COVID- 19 fuera del país en los últimos 14 días? SI  NO
- ¿Viajó a zona de riesgo para COVID- 19 dentro del país en los últimos 14 días? SI  NO
- ¿Tuvo contacto estrecho con casos confirmados de COVID- 19 en los últimos 14 días? SI  NO

## CONTACTOS ESTRECHOS (PERSONAS CON LAS QUE ESTUVO EN CONTACTO DESDE 48 HS. ANTES DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS)

APELLIDO Y NOMBRE	DNI	TELÉFONO	DOMICILIO	FECHA ÚLTIMO CONTACTO	TIPO (CONVIVIENTE/LABORAL/OTRO)

COMENTARIOS:

## CONFIRMACIÓN

 Criterio Clínico Epidemiológico  Laboratorio 

 Tipo de muestra tomada: Hisopado nasofaríngeo  Saliva  Fecha de toma de muestra: ..... / ..... / .....

 Test antigénico: Detectable  No detectable 

 Métodos Moleculares  Lugar al que se deriva la muestra: ..... Fecha de derivación: ..... / ..... / .....

## DATOS DE AISLAMIENTO

 Aislamiento Domiciliario  Necesita asistencia Alimentaria SI  NO 

 Centro de Aislamiento  Nombre del centro: .....