



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador.....Barrio/lugar.....Fecha del operativo (consulta)/...../.....

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y nombreDNINacionalidad.....
 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.....
 N° Casa..... Piso..... Dpto..... 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 inicio de síntomas:/...../.....

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Sin fiebre Fiebre 37.5°C o más Disnea (Dificultad para respirar) Anosmia de reciente aparición Diarrea y/o vómitos Cefalea
 Fiebre menor a 37.5 °C Tos Odinofagia (Dolor de garganta) Disgeusia de reciente aparición Otros:

ENFERMEDADES PREVIAS / COMORBILIDADES

Presenta Asma Enfermedad hepática EPOC Insuficiencia cardíaca Obesidad
 No presenta Diabetes Enfermedad neurológica Fumador Diagnóstico previo de neumonía Otros (Especificar) :
 Diálisis aguda Enfermedad oncológica Hipertensión arterial Inmunosupresión congénita o adquirida
 Diálisis crónica Enfermedad renal crónica Tuberculosis Puerperio

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Trabaja actualmente? SI NO De qué trabaja? Cuando trabajó por última vez?/...../.....

Factores de riesgo (Exposición a COVID-19):

Es conviviente de un caso confirmado por laboratorio? SI NO Nombre:.....Apellido:..... DNI

Tuvo contacto estrecho con casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días? SI NO

Tuvo contacto estrecho con personas con síntomas respiratorios y/o con sospecha de COVID-19 en los últimos 14 días? SI NO

Qué medio de transporte usó para llegar al operativo?..... Visitó CABA? SI NO

Visitó algún lugar fuera de lo habitual o por alguna ocasión especial en los últimos 14 días? SI NO Cuál?.....

Concurrió a algún centro de salud en los últimos 14 días? SI NO Cuál?.....

CONVIVIENTES Ó CONTACTOS ESTRECHOS

PERSONAS CON LAS QUE ESTUVO EN CONTACTO DURANTE EL PERÍODO DE SÍNTOMAS

Apellido y Nombre	Domicilio	Teléfono	Edad	Parentesco

CONFIRMACIÓN

Confirmado por criterio clínico epidemiológico Laboratorio

Tipo de muestra tomada : Hisopado nasofaríngeo Saliva Sangre

Fecha de toma de muestra/...../..... Lugar al que se deriva la muestra: Fecha de derivación al LNR:/...../.....

DATOS DE AISLAMIENTO

Nombre del centro de aislamiento:N° de casos en el grupo familiar: