|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de investigación** |  |

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres:** |  |
| **Apellidos:** |  |
| **Tipo de documento:** |  |
| **Documento identidad:** |  |
| **Fecha nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Sexo:** |  |
| **EPS:** |  |
| **Nacionalidad:** |  |
| **Domicilio:** |  |
| **Residencia** |  |
| **Departamento:** |  |
| **Municipio:** |  |
| **Barrio:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Zona de residencia:** |  |
| **Tel. de contacto 1:** |  |
| **Tel. de contacto 2:** |  |
| **Ocupación:** |  |

**ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN**

**Fecha de inicio de síntomas**:

**Desplazamientos en los últimos 14 días**: **Si** \_\_\_\_ **No** \_x\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **PAIS** | **CIUDAD** | **PERIODO DE ESTADIA** | |
| **Desde** | **Hasta** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

¿Tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19?:

**SI \_\_\_\_\_\_ Lugar:**

**NO \_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Fecha Consulta** | **Institución de Salud** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

Signos y síntomas al ingreso y días previos:

¿está consumiendo medicamentos antinflamatorios o acetaminofén?

Si\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fiebre cuantificada |  | Dolor torácico |  |
| Tos |  | Mialgia |  |
| Dificultad respiratoria |  | Diarrea |  |
| Taquipnea |  | Dolor abdominal |  |
| Dolor de garganta |  | Dolor de cabeza |  |
| Escalofríos |  | Malestar general |  |
| Nauseas |  | Otro |  |
| Vomito |  | ¿Cual? Perdida gusto, perdida olfato, inapetencia |  |

**COMORBILIDADES/ FACTORES DE RIESGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Asma |  | Diabetes |  |
| Enfermedad pulmonar crónica |  | Obesidad |  |
| Trastorno neurológico crónico |  | Enfermedad hepática crónica |  |
| Inmunosupresión |  | Embarazo, Semanas de gestación |  |
| Enfermedad renal crónica |  | Tabaquismo |  |
| Enfermedad cardiaca |  | Alcoholismo |  |
| Enfermedad hematológica crónica |  | Trastorno reumatológico |  |

**DATOS DE LABORATORIO**

**Laboratorio para diagnóstico etiológico**

Fecha de toma de primera muestra:

Tipo de muestra:

Aspirado traqueal

Lavado Broncoalveolar

Hisopado nasofaríngeo

Aspirado nasofaríngeo

Otro

Cual

Resultado:

**Entrevista con el paciente, familiares e informantes clave, complementar con datos de la historia clínica**

Incluir:

* *Relato de la progresión de la enfermedad actual.*
* *Si el paciente es procedente del exterior incluir itinerario de viaje, actividades realizadas durante el viaje ubicación en el avión, número y lugar de escalas hacer énfasis en la fecha de cada desplazamiento etc.*
* *Identificar lugares visitados desde el inicio de los síntomas (identifique actividades realizadas, sitios de tránsito, medios de transporte y otros factores de riesgo)*

**Contactos del paciente**

Nombre y firma del entrevistador:

Municipio:

Departamento:

Teléfono: