

**Planilla de registro
datos clínicos del paciente COVID-19 (incluye pacientes con síntomas parecidos) informe de caso**

Datos básicos

Registro del ID

1	Nombre del Centro de Salud Pública que informa :	Nombre y apellido del oficial que informa:
	Fecha de realización del informe: año mes día hora	Método utilizado: <input type="checkbox"/> entrevista <input type="checkbox"/> línea telefónica <input type="checkbox"/> otros ()
2	Persona que responde <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> otros nombre y apellido ()	relación con el paciente ()
	Número telefónico de la persona que responde: Casa - - Celular - -	
3	Clasificación del diagnóstico: Nuevo Coronavirus (Paciente, Caso confirmado / Paciente con el patógeno sin síntomas / Paciente con síntomas parecidos)	
4	Registro del ID en NESID:	5 Nombre del Centro de Salud Pública bajo jurisdicción:
6	Nombre del instituto médico que hizo la notificación:	7 Nombre y apellido del doctor que firmó la notificación:
8	Dirección del instituto médico que hizo la notificación:	9 Número telefónico del instituto médico que hizo la notificación:
10	Fecha de recepción de la notificación en la municipalidad: año mes día	11 Nombre de la municipalidad que recibió la notificación:
12	Nombre del Centro de Salud Pública que recibió la notificación:	13 Nombre y apellido del oficial que recibió la notificación:
14	Primera visita al doctor: año mes día	15 Fecha del diagnóstico: año mes día
16	Estimación del comienzo de contagio: año mes día	17 Primeros indicios de haberse contagiado: año mes día

Rubro 3 a 17 arriba, trasladado desde los datos de la notificación (rubro 4 arriba, llenado con el número a registrarse en NESID)

18	Nombre y apellido del paciente:	19	Sexo: M · F	20	Fecha de nacimiento : año mes día (años meses)
21	Nacionalidad:	22	Dirección del paciente:		
23	Número telefónico del paciente: casa - - celular - -				
	Correo electrónico del paciente: @				
24	Ubicación del paciente al momento actual: <input type="checkbox"/> institución médica <input type="checkbox"/> casa del paciente <input type="checkbox"/> lugar del trabajo · escuela <input type="checkbox"/> otros () <input type="checkbox"/> desconoce				
	Dirección para contactarse con el paciente: Número telefónico: - -				
25	Profesión, clasificación de la profesión, escuela (incluido jardín de infantes, guardería) y demás datos de asociación:				
	Ultimo día de asistencia al trabajo / a la clase (año mes día)(En caso de estudiante, escriba detalladamente su grado, clase, club y demas.)				
	Nombre de la compañía / escuela:				
	Dirección de la compañía / escuela:				
26	Número telefónico de la compañía / escuela: - -				
	Contacto de alguna otra persona aparte del paciente (tutor y demas.)				
	Nombre y apellido:		Relación con el paciente:		
27	Dirección:				
	Número telefónico casa: - -		Celular: - -		
	Embarazo		No · Sí	(semanas de embarazo)	
	Fuma cigarrillos		No · Sí	(Desde años de edad cigarrillos/día)	
	Diabetes		No · Sí		
	Enfermedad respiratoria (asma · EPOC · otros)		No · Sí	(Epecificar)	
	Enfermedad renal		No · Sí	(En caso afirmativo, diálisis No · Sí)	
	Enfermedad hepática		No · Sí	(Epecificar)	
	Enfermedad cardíaca		No · Sí	(Epecificar)	
	Enfermedad neuromuscular		No · Sí	(Epecificar)	
	Enfermedad hematológica (anemia y otros)		No · Sí	(Epecificar)	
	Pérdida de anticuerpos (HIV, incluido inmunodeficiencia)		No · Sí	(Epecificar)	
	Tumor maligno (cáncer)		No · Sí	(Epecificar)	
	Otros ()				

Observación clínica

ID

Síntomas		En caso de necesidad de especificar variaciones en temperatura, hora del día y demás, use la tabla que se adiciona.												
Denominación		Fecha		mes	día	mes	día	mes	día	mes	día	mes	día	
28	Máxima temperatura del cuerpo (°C)													
	Síntomas respiratorios	Tos con mucosidad	No · Sí											
		Dificultad para respirar	No · Sí											
		Agua en nariz nariz tapada	No · Sí											
		Dolor de garganta	No · Sí											
	Otros	Náusea · vómito	No · Sí											
		Conjuntivitis irritación	No · Sí											
		Dolor de cabeza	No · Sí											
		Fatiga en el cuerpo	No · Sí											
		Dolor de músculos articulaciones	No · Sí											
		Diarrea	No · Sí											
		Perdida de conciencia	No · Sí											
	Calambres	No · Sí												
	Otros ()	No · Sí												
29	Momento estimado del inicio de síntomas (basado en preguntas hechas y respuestas recibidas) año			mes	día	hora	minutos	mañana	tarde					
30	Ocasión que sirvió para detectar la enfermedad infecciosa <input type="checkbox"/> Confirmación como paciente COVID-19 (Clasificación del diagnóstico:(Paciente , Caso confirmado / Paciente con el patógeno sin síntomas / Paciente con síntomas parecidos) <input type="checkbox"/> Persona a cargo de la observación del estado de salud (caso confirmado ID: _____ Nombre y apellido: _____) <input type="checkbox"/> Otros (_____)													
31	Nota previa al diagnóstico (evolución de la observación clínica, tipo de tratamiento y demás observaciones de importancia):													

32	Internación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, período de internación mes día ~ mes día)			
	Nombre de la institución médica para la internación: Especialidad: Nombre y apellido del doctor a cargo de la internación:			
	Procedimiento de designación de institución médica para casos con síntomas semejantes: Aplicable / No aplicable			
	Dirección de la institución médica designada: Número telefónico:			
33	Radiografía de tórax requerida No · Sí (Observación)			
34	TC de tórax requerido No · Sí (Observación)			
35	Uso de respirador requerido No · Sí			
36	Tratamiento médico que el paciente ha recibido :			
	Fecha	Nombre de la institución médica	Tratamiento médico recibido	Observación (resultado de pruebas, resultado de cierto tratamiento médico y demas)
	/			
	/			
37	Transferido Dado de alta (Fecha de egreso año mes día) Fallecimiento (Fecha de fallecimiento año mes día)			
38	Otras observaciones			

Resultado de exámenes

39	Examen contra el COVID-19				
	Material de prueba	Fecha de la toma	Resultado	Método de examen	Establecimiento a cargo del examen
			Negativo · Positivo · Otros ()		
			Negativo · Positivo · Otros ()		
			Negativo · Positivo · Otros ()		
			Negativo · Positivo · Otros ()		
40	Examen aparte del de COVID-19				
	Patógeno	Material de prueba	Fecha de la toma	Resultado	Método de examen
	●Examinado en cultivo No · Sí · Desconoce				
	En caso afirmativo			Negativo · Positivo (Nombre de bacteria:)	
				Negativo · Positivo (Nombre de bacteria:)	
				Negativo · Positivo (Nombre de bacteria:)	
				Negativo · Positivo (Nombre de bacteria:)	
	●Examinado con antígenos No · Sí · Desconoce				
	Virus de influenza			Negativo · Positivo	
	Virus respiratorio sincitial			Negativo · Positivo	
	Adenovirus			Negativo · Positivo	
	Neumococo			Negativo · Positivo	
	Leoginella			Negativo · Positivo	
Otro tipo de examen					
Nombre de patógeno ()			Negativo · Positivo · Otros ()		
Nombre de patógeno ()			Negativo · Positivo · Otros ()		
Nombre de patógeno ()			Negativo · Positivo · Otros ()		
Espacio para escribir a su disposición					