|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR** |
| **Razón social del Establecimiento:** |  | **Código:** |  |
| **Ciudad o Municipio:** |  | **Departamento:** |  |
| **Dirección:** |  | **Teléfono:**  |  |
| **Fecha de notificación:** |  | **E-mail:** |  |
| **Nombre de quien notifica:** |  |
|  |
| **INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL CASO** |
| **Nombre y Apellidos persona afectada:** |  |
| **Área de trabajo a la que pertenece:** |  |
| **Dirección de Residencia:**  |  |
| **Ciudad o Municipio:** |  | **Departamento:** |  |
| **No. Cédula:**  |  | **Teléfono:** |  | **Fecha de nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  | **Sexo:** |  | **E-mail:** |  |
| **Nombre de quien realiza la auditoria:**  |  |
| **EPS:**  |  | **ARL:** |  |
|  |  |  |  |
| **SIGNOS Y SÍNTOMAS PRESENTADOS** |
| Fiebre (>38°C) |  | Malestar general |  | Dolor de garganta |  |
| Tos seca |  | Fatiga |  | Secreción nasal |  |
| Dificultad para respirar |  | Debilidad |  | Otros |  |
| **Cuáles?** |
| **ENFERMEDADES PREVIAS / ANTECEDENTES** |
| En estado de embarazo |  | Insuficiencia cardiaca |  | Enfermedad inmunosupresora |  |
| Enfermedad pulmonar |  | Hipertensión arterial |  | Enfermedad renal |  |
| Diabetes |  | Trasplantes |  | Transfusión sanguínea |  |
| Fumador |  | Asma |  | Otra |  |
| **Cuál?** |
| **TRATAMIENTOS MEDICOS** |
| ¿Actualmente esta medicado o toma algún medicamento? **SI**  |  | **NO** |  |  |
| **Cuál y dosis?** |
| **ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICOS** |
| ¿En los últimos 14 días, ha viajado fuera del país? **SI**  |  | **NO** |  |  |
| En el caso de ser afirmativo describir a donde ha viajado y fecha: |
| En el caso de ser afirmativo describir porque medio viajo (avión, vehículo privado, bus, entre otros) y por cual compañía: |
| ¿En los últimos 14 días, ha viajado al interior del país? **SI**  |  | **NO** |  |  |
| En el caso de ser afirmativo describir a donde ha viajado y fecha: |
| En el caso de ser afirmativo describir porque medio viajo (avión, vehículo privado, bus, entre otros) y por cual compañía: |
| ¿En los últimos 14 días, estuvo en contacto con animales?  **SI**  |  | **NO** |  |  |
| En el caso de ser afirmativo describir el tipo de especie animal: |
| ¿En los últimos 14 días, ha asistido a un centro de salud que ha atendido casos confirmados por COVID-19? | **SI** |  | **NO** |  |  |
| En el caso de ser afirmativo describir el nombre del centro médico, ciudad y dirección (si la conoce): |
| ¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto con personas que han presentado signos o síntomas como tos, fiebre, secreción nasal, dificultad para respirar? | **SI** |  | **NO** |  |  |
| En el caso de ser afirmativo describir el nombre de la persona, donde se encuentra ubicada y parentesco: |
| **Observaciones** |
| **FIRMA DE QUIEN REALIZA LA NOTIFICACIÓN** |
|  |  |  |
|  |