|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |