

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

FICHA EPIDEMIOLÓGICA
VIGILANCIA VIRUS RESPIRATORIOS – COVID 19

1. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación	Día	Mes	Año	No. de ficha (Código Unidad de Salud)	Evento COVID19	Año	No.
Área de Salud					Distrito			
Servicio u Hospital			Seguro Social (IGSS)	Establecimiento Privado		Especifique:		
Servicio donde se capta el caso	Consulta Externa	Emergencia	Encamamiento	UCI	Domicilio	Otro	Especifique:	
Responsable del llenado del instrumento – Nombre completo						Cargo		
Teléfono	Correo Electrónico		Firma y Sello					

2. INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre					2do. Nombre			
1er. Apellido			2do. Apellido		Sexo	Masculino		Femenino
Embarazada	Si	No	Edad Gestacional		Trimestre	Post Parto	Si	No
Ocupación	Edad		Años:	Meses:	Fecha de Nacimiento	DÍA	MES	AÑO
Código Único de Identificación			Nombre del Tutor		Teléfono del tutor			
Pueblo	Maya	Ladino/Mestizo	Garífuna	Xinca	Otro: (especifique)			
Escolaridad	Ninguna	Primaria	Secundaria	Diversificado	Universitario	No sabe		

3. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Dirección:	Latitud	Longitud	Teléfono
Departamento	Municipio	Comunidad / Aldea/Zona	

4. DATOS CLINICOS

Enfermedades Asociadas

Diabetes Mellitus	Si	No	No Sabe	Tratamiento Con Corticosteroides	Si	No	No Sabe
Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica	Si	No	No Sabe	Enfermedad Hepática Crónica	Si	No	No Sabe
Insuficiencia Renal Crónica	Si	No	No Sabe	Cardiopatía Crónica (Hipertensión Arterial)	Si	No	No Sabe
Cáncer	Si	No	No Sabe	Disfunción Neuromuscular	Si	No	No Sabe
Asma	Si	No	No Sabe	Obesidad	Si	No	No Sabe
Inmunosupresión	Si	No	No Sabe	Otras:	Si	No	No Sabe
Fecha de inicio de Síntomas	Día	Mes	Año	<<<Sintomatología Al Momento De La Toma De Muestra>>>			
Fiebre ≥ 38º Centígrados	Si	No	No Sabe	Perdida de Olfato	Si	No	No Sabe
Antecedentes De Fiebre	Si	No	No Sabe	Rinorrea	Si	No	No Sabe
Malestar General	Si	No	No Sabe	Vómitos o Diarrea	Si	No	No Sabe
Dolor Muscular O De Articulaciones	Si	No	No Sabe	Disnea (Dificultad para Respirar)	Si	No	No Sabe
Dolor De Cabeza	Si	No	No Sabe	Estridor Laringeo	Si	No	No Sabe
Tos	Si	No	No Sabe	Tiraje Subcostal	Si	No	No Sabe
Odinofagia	Si	No	No Sabe	Otros:	Si	No	No Sabe

5. INFORMACIÓN COVID-19

Motivo de realización de la prueba para COVID-19	Trabajador de Salud	Regreso del Extranjero	Frontera	Contacto con Caso Confirmado	Búsqueda de Atención Médica	Otro	Especifique:		
Ha visitado algún Servicio de Salud en los 14 días previos al inicio de Síntomas				Si	Especifique:			No	No Sabe
Especifique nombre y fecha del caso o casos confirmados si se tuvo el contacto:									
Ha estado en contacto con algún caso confirmado en los 14 días previos al inicio de Síntomas	Si	No	No Sabe	1.	Fecha De Primer Contacto	Fecha de Ultimo Contacto			
				2.	Fecha De Primer Contacto	Fecha de Ultimo Contacto			
				3.	Fecha De Primer Contacto	Fecha de Ultimo Contacto			
Participó en algún evento social con presencia de caso(s) confirmados(s)				Si	Especifique:			No	No Sabe
País probable de exposición del caso notificado				Número de contactos vigilados para el caso notificado					
Clasificación	Confirmado	Sospechoso	Probable	Descartado					

6. MUESTRAS TOMADAS

Se tomó muestra	Si	No	Tipo de muestra	Hora toma de muestra	Fecha de toma de muestra	Día	Mes	Año
Virus detectado:								

7. TIPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilancia ETI (Pacientes ambulatorios)	Vigilancia IRAG (Pacientes hospitalarios)							
IRAG/ETI en trabajador de salud	Si	No						
IRAG/ETI en personas que han viajado a zonas con circulación de virus respiratorios de potencial pandémico en dos semanas previas a enfermar	Si	No						
Caso de IRAG/ETI en persona previamente sana con deterioro clínico y que no responde a tratamiento	Si	No						
Defunción relacionada con IRAG/ETI de causa desconocida	Si	No						

8. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

El paciente fue Hospitalizado	Si	No	Fecha de Hospitalización	No. Expediente Clínico			
Ingreso A Encamamiento	Si	No	Ingreso A Observación		Si	No	
Ingreso A UCI	Si	No	Tubo Endotraqueal		Si	No	
			Ventilación Asistida		Si	No	
Referido A Otro Hospital:	Si	No	¿Cuál?				
Fecha de recuperación/ egreso/fallecimiento	Día	Mes	Año	Condición del paciente al egreso	Vivo	Muerto	