

FICHA DE MONITOREO DEL PERSONAL DE SALUD VIRUS SARS-CoV-2 Y VIRUS DE LA INFLUENZA

Fecha de Inicio del Monitoreo:/...../.....Centro Notificante:.....

DATOS DEL PERSONAL SANITARIO EXPUESTO Y/O SINTOMÁTICO			
Nombre y Apellido:		Vacunación contra COVID	SI NO
Número de Cédula:		Nombre de vacuna y fecha de 1era dosis:	
Teléfono:		Nombre de vacuna y fecha de 2da dosis:	
Ciudad:		Nombre de vacuna y fecha de 3ra dosis:	
		Nombre de vacuna y fecha de 4ta dosis:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Embarazo	SI NO
Sexo:	M F	Patologías de Base:	
Servicio de Salud:			
Región Sanitaria:		Datos del Contacto Caso Positivo	
Profesión:		Nombre y Apellido:	
Función (Especialidad):		Número de Cédula:	
Otros lugares donde presta servicio:		Sexo:	

Fecha de Inicio de Síntomas:

Día →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fecha →										
Tos										
Fiebre										
Dolor de garganta										
Disnea										
Cefalea										
Anosmia										
Rinitis										
Otros síntomas										

En caso de COVID-19. Clasificación de Riesgo	Exposición (Marcar una)
ALTO (1)	
MODERADO (2)	
BAJO (3)	
SIN EXPOSICION (4)	

En caso de INFLUENZA		
Vacunación contra INFLUENZA	SI	NO
Fecha de aplicación:		

Categoría del Contagio (Situación en la cual se da el contacto)	Exposición (Marcar una)
ATENCIÓN AL PACIENTE POSITIVO (1)	
CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD POSITIVO (2)	
ENTORNO FAMILIAR/SOCIAL (3)	
VIAJERO (4)	
SIN NEXO (5)	

Categoría del Contagio (Situación en la cual se da el contacto)	Exposición (Marcar una)
ATENCIÓN AL PACIENTE POSITIVO (1)	
CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD POSITIVO (2)	
ENTORNO FAMILIAR/SOCIAL (3)	
SIN NEXO (4)	

Laboratorio:					
Tipo de Prueba (PCR o Antígeno para SARS-CoV-2):	SI	NO	RESULTADO:	FECHA:...../...../.....	
Tipo de Prueba (PCR o Antígeno para Influenza):	SI	NO	RESULTADO:	FECHA:...../...../.....	

.....
Firma y Sello del Responsable (Obligatorio)